

**Universidad Nacional de Rosario
Centro de Estudios Interdisciplinarios
Instituto de la Salud “Juan Lazarte”
Maestría en Salud Pública**

**El proceso de atención de la salud infantil, en especial el
control del niño sano, desde la perspectiva de los equipos de
salud, gestores y población, según integralidad y aceptabilidad
de la atención en dos centros de salud municipales de la ciudad
de Rosario**

Maestranda: Lic. en Fgía. Susana Noemí Villarreal

Directora de tesis: Mgr. Alicia Aronna

Año 2017

INDICE

Resumen	8
I- INTRODUCCIÓN	10
Delimitación de la situación problemática	12
Objetivos	15
Supuesto y propósito	16
II - CONCEPTOS CENTRALES DE LA PROPUESTA INVESTIGATIVA	
1. Políticas sobre la atención de la salud infantil en Argentina	17
1.1 Marco legal	17
1.2. Antecedentes de Programas de salud infantiles en Argentina	19
1.3. Antecedentes de la atención de la salud infantil en Rosario	23
2. Políticas de salud materno-infantil actuales.....	25
2.1 Plan Nacer	28
2.2 Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH)	29
2.3 Programa Nacional de Fortalecimiento de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas	30
2.4 Programa de Detección Precoz y Atención de Hipoacusias	31
2.5 El Programa SANAR:	32
III - LA CONSTRUCCION DEL OBJETO DE ESTUDIO	34
1. Proceso de Atención	34
2. Control del Niño sano: alcances o aspectos que lo componen.	35
2.1 Crecimiento y desarrollo	37
3. Integralidad	41
4. Aceptabilidad	43_
IV- CONTEXTO DEL ESTUDIO	45
1- El Distrito Noroeste	47
1.1 Historia	47
1.2 Datos socio-demográficos	48
2- Los Centros de Salud	49
2.1 Centros de Salud del Distrito Noroeste.....	51

2.2. Producción y cobertura de los Centros de Salud del Distrito Noroeste ...	52
3. Observación y Descripción de los Centros de Salud seleccionados	56
3.1 Centro de Salud “Emaús”.....	56
3.2 Centro de Salud “Dra Ferrandini	58
3.3 Sobre los registros de la atención infantil en los Centros de Salud seleccionados	60
V- ENCUADRE METODOLOGICO	62
1-Población	65
2-Procedimientos, Técnicas e Instrumentos	66
a) Análisis documental de fuentes secundarias	66
b) Acercamiento al Terreno	66
c) Entrevistas a los sujetos de la investigación	67
d) Revisión sistemática de Historias clínicas familiares	69
3- Categorías de Análisis	71
Dimensiones	71
 VI- RESULTADOS	
 PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	74
1-LA INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD	74
1-Primacía de acciones de promoción y prevención:	74
<i>Sobre las consultas para la atención de control niño sano:</i>	<i>75</i>
<i>Sobre los recursos para la atención de control niño sano</i>	<i>77</i>
<i>Sobre los registros de control niño sano</i>	<i>78</i>
<i>Sobre la valoración de la práctica preventiva dentro del proceso de atención</i>	<i>80</i>
<i>Sobre la importancia del seguimiento de niño de 0 a 4 años para la detección temprana de trastornos</i>	<i>82</i>
<i>Con respecto a la continuidad en la asistencia de los niños</i>	<i>84</i>

<i>Sobre otros profesionales que intervienen en la atención infantil del niño sano de 0 a 4 años</i>	86
<i>Sobre actividades de promoción comunitaria:</i>	88
2- Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación:	91
<i>Actividades de prevención de la salud infantil</i>	91
<i>Factibilidad de la articulación de acciones</i>	92
<i>Dificultades y logros entre prevención y atención</i>	95
<i>Modalidad de seguimiento de casos. Prioridades</i>	96
3-Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica:	98
<i>Forma en que se efectiviza la referencia para estudios complementarios e interconsultas</i>	98
<i>Derivación a especialistas. Referencia y contrarreferencia ante la detección de una problemática</i>	100
4-Abordaje particular del niño	102
<i>Valoración del contexto familiar y social del niño en el proceso de atención de la salud infantil</i>	102
<i>Valoraciones personales acerca de la comunicación con las madres de los niños</i>	104
<i>Valoración acerca del cumplimiento de pautas y recomendaciones por parte de las madres de los niños atendidos</i>	105
<i>Comunicación entre los miembros del equipo de salud. Forma de accionar frente a problemáticas particulares</i>	107
Conclusiones a partir de las entrevistas a los profesionales de los CS Seleccionados	109
2- LA INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CONTROL DE NIÑO SANO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS AUTORIDADES DE GESTION	111
1-Primacía de acciones de promoción y prevención: el control de niño sano de 0 a 4 años.	111
<i>Con respecto a la modalidad del control de niño sano de 0 a 4 años:</i>	112
<i>Sobre las consultas de control para la atención de niño sano sobre el total</i>	

<i>de la demanda:</i>	114
<i>Sobre la organización de la atención de niño sano</i>	115
<i>Sobre los registros de control niño sano en los centros de salud</i>	116
<i>Sobre el control de salud infantil y la Asignación Universal por Hijo</i>	118
<i>Sobre otras profesiones que intervienen en la atención de salud de niños de 0 a 4 años</i>	120
2-Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación:	121
<i>Acciones preventivas</i>	121
<i>Sobre la articulación intersectorial</i>	123
<i>Participación de la gestión: dificultades y logros</i>	125
<i>La forma de comunicación entre la gestión y los miembros del equipo de salud</i>	128
3-Garantía de atención en otros niveles de complejidad de la asistencia	
médica:	128
<i>Forma en la que se efectiviza la referencia</i>	129
<i>Estrategias de optimización de la articulación</i>	132
<i>Intervención de la gestión en casos problemáticos</i>	133
4-Abordaje particular del niño:	134
<i>Respecto a las características y necesidades de la población:</i>	134
<i>Sobre la satisfacción de las demandas de los diferentes actores del proceso de atención de la salud infantil</i>	136
Conclusiones de las entrevistas a gestores:	140
 3- CARACTERIZACIÓN DEL CONTROL NIÑO SANO REGISTRADO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE 18 NIÑOS	142
 4- LA ACEPTABILIDAD DEL PROCESO DE ATENCION DE LA SALUD INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS	150
4.1 Resultados de las entrevistas a las madres de los niños atendidos en los centros de salud	152
<i>1- Necesidades manifestadas por las madres de niños de 0 a 4 años:</i>	152
<i>2- Percepciones de las madres respecto de la atención de la salud infantil</i>	155

5-DIFERENCIAS EN LA APRECIACIÓN DE INTEGRALIDAD, EXPRESADAS POR LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD Y LOS GESTORES, RESPECTO DEL PROCESO DE ATENCION DE CONTROL DE NIÑO SANO	160
1- <i>En cuanto a la primacía de acciones de promoción y prevención</i>	160
2- <i>Desde la articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación</i>	161
3- <i>Desde la garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la atención</i>	163
4- <i>Desde el abordaje particular del niño.....</i>	163
Obstáculos y desafíos en el logro de la integralidad en el proceso de atención	164
CONCLUSIONES	167
VII- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	170
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	181
ANEXOS	184
I- Guía de entrevista a profesionales del equipo de salud	185
II- Guía de entrevistas a autoridades de gestión	188
III- Guía de entrevistas a madres de niños atendidos	190
IV Planillas:	192
- Base de Datos de Madres extraídas de Historias Clínicas y Entrevistas	
- Base de Datos Atención de Niños extraídos de HCF	
V- Programa de Salud Integral Infantil	193
VI- Las Normas Técnicas Mínimas para Servicios de Atención Primaria -	
Atención al niño. Niño Sano (0-23 meses) -(2-5 años)	194
VII-Nomenclador SUMAR	198

Agradecimientos

A la Lic. Mariana Gómez, por su asesoramiento en aspectos ligados al abordaje cualitativo de este trabajo.

A los profesionales de los equipos de salud y jefes de los Centros de Salud “Emaús” y “Dra Ferrandini” por su colaboración y aportes en el proceso de investigación.

Resumen

Este trabajo pretende aportar a la comprensión del proceso implicado en la atención de la salud de niños y niñas de 0 a 4 años, en especial el llamado Control de Niño Sano, en el sub-sector público de la ciudad de Rosario, desde la perspectiva de los diferentes actores implicados: los miembros del equipo de salud, los gestores y los responsables de niños/as atendidos en centros de salud (CS) municipales durante el año 2013.

Se describe el proceso de atención infantil en el Centro de Salud “Emaús” y el Centro de Salud “Dra Ferrandini” de la ciudad de Rosario; analizando desde el concepto de integralidad (Conill, E., 2004) la primacía de acciones de promoción y prevención; la articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación; la garantía de atención en los otros niveles de complejidad médica y el abordaje particular del individuo. Además se indaga la aceptabilidad de dicho proceso, a partir de las necesidades y percepciones de las madres, en relación al seguimiento del crecimiento y desarrollo (C y D) de sus hijos/as de 0 a 4 años en los CS seleccionados.

Se aplican estrategias cuanti y cualitativas, a través de entrevistas a 11 profesionales de los equipos de salud de los CS, 4 autoridades de gestión y 15 madres de niños/as atendidos en los CS, junto con la revisión de las Historias Clínicas Familiares (HCF) de niños/as cuyos responsables fueron entrevistados.

Como resultados se observan, por parte de los profesionales de ambos CS, procesos de trabajo favorecedores de acciones integrales, al priorizar las consultas de control de niño sano durante el 1er año de vida. Se comprueba que la valoración del desarrollo psicomotor en niños/as de dos a cuatro años es registrada en forma insuficiente en las HCF relevadas. El nudo crítico en los dos CS aparece en la atención preventiva condicionada a la demanda de consultas espontáneas ante enfermedades recurrentes propias de estos grupos infantiles.

En los gestores se acredita la coordinación con instituciones de la comunidad (Centros de Convivencia Barrial (CCB), entre otros) para articular acciones de promoción y prevención. No obstante, aparecen diferencias de perspectivas entre la decisión política del gestor y la aplicación técnica de actividades preventivas posibles, en cada contexto de trabajo. Se garantiza y efectiviza la referencia desde los CS al 2do nivel de atención, aunque con tiempo de espera diferenciado según especialidades, pero con resolutivez en las urgencias.

El abordaje particular de la salud de los niños asistidos en ambos CS implica un efectivo trabajo interdisciplinario del equipo de salud, ante la realidad socio-económico en que viven las familias adscriptas. Se sostienen vínculos de cercanía y familiaridad con las mismas.

En cuanto a la aceptabilidad del modo en que se ejecuta la atención en los CS seleccionados, las madres manifiestan conformidad. Se vislumbran diferencias en la continuidad de la concurrencia para el seguimiento del C y D de sus hijos/as, después de los dos años, aunque con responsabilidad manifiesta, en la demanda por enfermedad.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se pretende aportar a la comprensión del proceso implicado en la atención del niño, definida ésta como los esfuerzos organizados por comunidades u organizaciones para mejorar la salud y el bienestar de los niños.

Para tal fin es necesario explicitar el concepto de salud elegido, para ello se recurre al aporte de Laurell, A. (1996), quien considera a la salud como la condición que permite un óptimo desarrollo de capacidades y potencialidades biológicas y psíquicas, y el logro del bienestar, a partir de las necesidades humanas satisfechas.¹ Este concepto se asume por la perspectiva integral planteada por dicha autora.

Es dado preguntarse por qué la infancia es la preocupación del sector sanitario. Se podría afirmar que por ser considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del hombre, a cuenta de que el crecimiento lineal y el desarrollo cognitivo comparten el mismo período de máxima vulnerabilidad: los primeros 1000 días de vida. (Victora, C., 2013)². La calidad y cantidad de la atención del niño nacido biológicamente sano definen en gran medida la cualidad de su desarrollo y las posibilidades futuras de su aprendizaje (Schlemenson, S., 2011:16) Así es que, la iniciativa de mejorar la salud de los niños de 1 a 4 años podría generar mejores condiciones de educabilidad. (Rovere, M., 2006:26)

Pero ¿quién/es y de qué forma serían responsables de la atención del óptimo desarrollo de capacidades y potencialidades biológicas y psíquicas?

Los avances en psicología, neurociencias, antropología, sociología enfatizan la importancia de la atención en los primeros años, siendo el desarrollo humano producto tanto de la configuración biológica como del ambiente que rodea y contiene al niño.

Al respecto, es una convicción mundial la importancia de la atención infantil, expresada en 2002 por los dirigentes de todos los países del mundo, quienes se comprometieron a: *“formular y aplicar políticas y programas nacionales de desarrollo del niño en la primera infancia, para promover su desarrollo integral (físico, social, emocional, espiritual y cognitivo)”*³. El objetivo de estas políticas es garantizar el derecho de los niños y las niñas a un “buen comienzo en la vida”, lo que significa que sean físicamente saludables, estén

¹ Exposición desarrollada en Seminario “La política de Seguridad Social y Salud en el Proyecto neoliberal”, en Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario, 1-7-1996

² Victora, C.: “Nutrición materno infantil” Serie The Lancet, presentación en Semana de la Inclusión Social. Primero la infancia, Lima, Perú, octubre de 2013.

³ Sesión especial de la Asamblea General de la ONU: “Un Mundo Apropiado para los Niños y las Niñas”, julio de 2002, en UNICEF: Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas prácticas. UNICEF, Buenos Aires, agosto de 2005.

mentalmente alertas, sean emocionalmente seguros, socialmente competentes y capaces de aprender. (Rivera Pizarro, J., en UNICEF, 2005:7)

A esto se agregan elementos de orden más general, vinculados a un medio ambiente saludable con agua segura, urbanización armónica con un medio social que brinde servicios de salud de calidad e integrales, sistema educativo cualificado, canales de participación ciudadana y políticas sociales solidarias. Además de las condiciones del espacio familiar, representados por vínculos estables y no violentos, padres escolarizados, necesidades básicas satisfechas, prácticas de crianza adecuadas y disponibilidad de tiempo libre (Díaz, A., 2005)

Asimismo, está científicamente demostrado que el crecimiento y desarrollo (C y D) del niño constituyen excelentes indicadores positivos de salud (Cusminsky, M., Lejarraga, H. y otros, 1994:4) y su seguimiento adquiere gran valor para la detección temprana de alteraciones del desarrollo y del estado de nutrición de individuos y grupos de población (Moreno, E 2000:10).

Sin embargo, en el documento de OPS sobre Prestación de Servicios de Salud, se expresaba en el año 1992 que “desde la perspectiva de los sistemas y servicios de salud se identifican acciones/áreas críticas asociadas a las denominadas “oportunidades perdidas” en la prevención integral de daños y riesgos en las sucesivas etapas del ciclo vital de las personas”. Dichas acciones preventivas necesarias, cuando se brindan alcanzan coberturas muy bajas, sin llegar a los grupos o ámbitos de mayor riesgo. (OPS, 1992:349). La pérdida de la oportunidad va a influir en la capacidad, que define aquello que una persona puede “hacer” y por lo tanto “ser” en la sociedad en la que vive (Sen, A. ,1985)

Actualmente hay suficiente conocimiento acerca de las necesidades de los niños y las tecnologías usadas para su cuidado, pero probablemente el problema reside en la limitada visibilidad de la problemática del desarrollo infantil (Díaz, A.:2007) y en la forma de aplicación de su seguimiento periódico en los servicios de salud.

Lo mismo señalan coincidentemente documentos elaborados por organismos como la OPS, la OMS, el PNUD y UNICEF, donde se observa la necesidad de fortalecer la formación de los equipos de salud que se ocupan de la atención de los niños y su grupo familiar, especialmente en relación a su desarrollo. (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005)⁴

⁴ "A pesar de que los programas se refieren a la promoción del crecimiento y el desarrollo, éste último sólo es contemplado desde parámetros evaluativos que apuntan a detectar patología para hacer la derivación a servicios especiales. Por lo general, el personal de salud carece de formación en relación con el desarrollo del niño sano y de formación teórico-práctica que le permita identificar tempranamente indicadores de riesgo en la consulta pediátrica" (V Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social, realizada en Kingston, Jamaica. 9 al 13 de Octubre de 2000:12); citado en *Guía para el equipo de salud- Cuidando al Bebe. Para acompañar a la familia en el desarrollo infantil*, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005 pp 6

Finalmente y a partir de lo anteriormente explicitado, la relevancia que justifica el abordaje de esta temática en la presente investigación, es la de indagar sobre el proceso de atención del control de niño sano de la población infantil que utiliza los centros de salud municipales de la ciudad de Rosario. Y conocer si durante dicho proceso, se priorizan acciones integrales que contemplen el seguimiento de manera oportuna y sistemática, incluyendo no sólo los aspectos biológicos, sino también lo emocional, cognitivo y socio-ambiental que hacen al desarrollo infantil, a fin de que estas acciones permitan la detección precoz de alteraciones.

Delimitación de la situación problemática

Cuando se habla de cuidados integrales del niño se hace referencia al conjunto de actividades destinadas a lograr bienestar, donde la vigilancia del C y D es el eje alrededor del cual se articulan actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Entre éstas se destacan el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio, la nutrición, la promoción de la lactancia materna, las inmunizaciones, la atención de las patologías prevalentes, la educación respecto a las prácticas de cuidado del niño (Moreno, E., 2000:10).

Como antecedentes sobre esta temática, se cuenta con diversas investigaciones que demuestran que los determinantes vinculados a los problemas de salud-enfermedad de la población infantil se relacionan con las formas concretas de inserción socio-económica de los grupos familiares a los que pertenecen estos niños, por lo tanto las desigualdades de salud y su atención inciden en las posibilidades de un mejor desenvolvimiento en la vida de los niños y niñas. (Bloch, C., Troncoso, M.C. y otros, 1985; Victora, C. y colab, 1992). Asociado a esto, se conoce que los niños de más bajo nivel socioeconómico son los que menos utilizan los servicios preventivos (Victora, C. y otros, 1992:183).

Por lo que resulta necesario profundizar acerca de las acciones preventivas propuestas desde los efectores públicos. Al respecto, en el estudio realizado en Rosario en 1981-1982, se indicaba que: *“los programas de atención materno-infantil, únicos programas normatizados e incorporados a los servicios estatales, y presumiblemente, internalizados por los médicos, no parecen haber alcanzado, un grado de cobertura satisfactorio en términos de continuidad de la asistencia a la consulta de control de niño sano.”* (Bloch, C. y otros, 1985:23, 2da parte)

Además dichos autores afirmaban que la mayoría de la población, por hábitos culturales incorporados concurre al médico sólo ante la enfermedad, postergando de esta forma las acciones preventivas, pese a la información transmitida o la indicación del profesional. Por ello la propuesta programática tendiente a promover consultas para el control de C y D del niño, sin mediar síntomas de enfermedad, fue difícil de concretar⁵. Así el programa preventivo de salud infantil en menores de 2 años no alcanzaba la meta programada. (Bloch. C. y otros, 1992:127)

Este también fue el objetivo de un trabajo realizado en 1997-98 a fin de que la población reconozca las alteraciones del crecimiento y desarrollo como un problema de salud, a través de un abordaje interdisciplinario longitudinal con la población de niños de 0 a 4 años y su grupo familiar en dos centros de Atención Primaria de la Salud (APS) de Rosario, realizando acciones preventivas de control de desarrollo (Sáenz, I. y otros, 1998)

Asimismo se dispone de información publicada por la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud de Rosario, en el año 2000, en que se afirma que: *“uno de los componentes prioritarios de las actividades de prevención y promoción de la salud es el de seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil, en particular en el espacio del Programa de Atención al Niño (...) Es muy buena en general la respuesta de las madres en el cuidado y seguimiento médico de sus hijos, en especial en el primer año de vida”*.⁶ Se afirmaba que, esta intervención sostenida a lo largo de los años de manera sistemática y con diversas denominaciones lograba un buen grado de ajuste con la población a la que estaba destinada.

Es conveniente considerar al respecto, que no sólo durante el 1er año, sino en los cuatro primeros años de vida infantil, el control del niño sano como propuesta pediátrica tiene relevancia efectiva demostrada y que posibilita el trabajo con las otras disciplinas relacionadas con la atención del infante.

Al respecto, hay información clave que se encuentra documentada, sobre la demanda prevalente en los servicios de Fonoaudiología de los hospitales de Rosario en 2005⁷, siendo la misma correspondiente a niños derivados tardíamente, y que en consecuencia requerirán tratamientos prolongados en el tiempo. Dicho informe da cuenta de escasas prácticas preventivas que permitan la detección precoz y la derivación efectiva y organizada de los trastornos del neurodesarrollo.

⁵ Bloch, C., Godoy, C., Luppi, I., Quinteros, Z. y Troncoso, M. del C. "Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario". OPS./OMS. *Publicación Científica N° 34*. Buenos Aires, 1992. pp 82-127

⁶ *“El diagnóstico control sano en las consultas de primera vez llega a ocupar el 26% y casi el 55% entre las consultas ulteriores, incluida la pesquisa y diagnóstico temprano de déficit nutricionales”* En Boletín de Atención Primaria de la Salud I. Indicadores Año 2000 – Municipalidad de Rosario. Secretaría de Salud Pública Dirección de Atención Primaria- Dpto de Estadística, Rosario, 2000. pp 21

⁷ 1er Encuentro de Trabajo de la Red Interhospitalaria de Servicios de Fonoaudiología de Hospitales Provinciales- Zona de Salud VIII- Provincia de Santa Fe, Rosario, octubre de 2005.

Es posible sostener que se subvalora el espacio de la consulta pediátrica de control, sobre todo a partir del segundo año de vida, para la pesquisa y la atención temprana de alguna alteración del desarrollo, a fin de reducir o disminuir los casos de niños con patologías discapacitantes. En ese sentido lo mismo afirmaba un informe anteriormente citado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación(2005), en relación a la carencia en la formación del personal de salud para identificar tempranamente indicadores de riesgo en la consulta pediátrica.⁸

A partir de los aspectos desarrollados y ante la ausencia concreta de registros en los últimos años sobre el control de niño sano efectuado en los centros de atención primaria de Rosario, es dable preguntarse, si en la actualidad:

¿El llamado control de Niño Sano es valorado en la actualidad? ¿Los profesionales de los Centros de Salud ejecutan las acciones preventivas integrales en salud infantil de manera sistemática?, y las mismas, ¿son programadas por los gestores y autoridades de los CS de la ciudad de Rosario? y en particular, ¿cómo y de qué forma los equipos de salud de dichos centros aplican el control de niño sano, y en especial el acompañamiento del desarrollo de la población infantil?; ¿Puede condicionar la demanda de atención de enfermedades recurrentes propias de los grupos infantiles de 0 a 4 años, el abordaje de acciones preventivas en estos centros de atención primaria?¿Resulta suficiente dicha modalidad de atención para la detección temprana de alteraciones en C y D?¿Existen registros sobre este proceso de atención? ¿Cómo ingresa el niño al mismo y cómo se logra la continuidad de las consultas de control sano? y ¿cuáles son los obstáculos e inconvenientes que los profesionales perciben al respecto?

Por otro lado interesa indagar sobre la valoración de las madres acerca del control de salud de sus hijos. Si al mismo ¿concurren por propia decisión o se realiza condicionado por la dación de leche, por cumplimiento del calendario de vacunación, o por exigencias fijadas por programas sociales o de salud, por ejemplo el Plan Nacer/Sumar? Incluso actualmente ¿cómo condiciona la implementación de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH), en la consulta pediátrica de control sano en los CS del primer nivel de atención?

Con este escenario, se pone en tensión el proceso de atención integral de la salud infantil, desde la perspectiva de múltiples actores intervinientes en el mismo.

⁸ Informe de la V Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social, realizada en Kingston, Jamaica. Octubre de 2000 citado en *Guía para el equipo de salud-Cuidando al Bebe. Para acompañar a la familia en el desarrollo infantil*, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, 2005 pp 6

Interrogante Central

En este contexto, se plantea el siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características del proceso de atención de la salud infantil, en especial del control del niño sano, en niños de 0 a 4 años, desde la perspectiva de distintos actores (equipos de salud, autoridades de la gestión y madres/responsables de los niños/as) según integralidad y aceptabilidad de la atención en dos Centros de Salud Municipales ubicados en el distrito Noroeste de la ciudad de Rosario, durante el año 2013?

OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso de atención de la salud infantil, en especial del control del niño sano, desde la perspectiva de distintos actores (profesionales que integran los equipos de salud, autoridades de la gestión y de madres de niños de 0 a 4 años), según la integralidad y la aceptabilidad de la atención de la salud infantil en el Centro de Salud “Emaus” y Centro de Salud “Dra Ferrandini” ubicados en el distrito Noroeste de la ciudad de Rosario, en el año 2013.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el proceso de atención del control del niño sano, desde el concepto de integralidad (primacía de acciones de promoción y prevención; articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación; garantía de atención en los tres niveles de complejidad de la asistencia médica y abordaje particular del individuo), según los miembros del equipo de salud y los gestores.
- Indagar sobre la aceptabilidad del proceso de la atención de la salud infantil, a partir de las necesidades y percepciones de las madres, en relación al seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 4 años que son atendidos en los Centros de salud seleccionados
- Establecer diferenciales en la apreciación de integralidad expresadas por los actores (miembros del equipo / gestores) respecto del proceso de atención del control del niño sano.

SUPUESTO Y PROPOSITO

Se parte del supuesto de que un proceso de atención integral de la salud de los niños permite el seguimiento del crecimiento y desarrollo desde su nacimiento hasta la etapa pre-escolar e identificar tempranamente un retraso, posibilitar un diagnóstico precoz y una atención apropiada para compensar el déficit, disminuyendo principalmente las patologías severas que requieren rehabilitación prolongada.

Por ello, la información obtenida permitirá promover la reflexión crítica junto con los equipos de salud y gestores acerca de las prácticas de atención, así como propender a producir ajustes en lo que respecta a la implementación de mejoras al interior de dichas intervenciones. En cuanto a las madres de los niños se intenta una mejor comprensión de su participación en el cuidado preventivo de la salud infantil de 0 a 4 años.

El interés de esta investigación es contribuir al mejoramiento de dicha atención en los efectores públicos citados, alcanzando los criterios de integralidad y aceptabilidad.

II - CONCEPTOS CENTRALES DE LA PROPUESTA INVESTIGATIVA:

1.- Políticas sobre la atención de la salud infantil en Argentina

1.1. Marco legal

La génesis de los programas materno infantiles es fundamentalmente diferente de cualquier otro programa de salud pública, ya que las preocupaciones que los originan son generalmente las de la sociedad y sus dirigentes, más que las condiciones técnicas de los profesionales. Los mismos existen porque la sociedad ha atribuido un valor especial a este segmento de la población.

La salud materno infantil es prioridad que se fundamenta en aspectos éticos y de vulnerabilidad (Moreno, E. 2003:40). La vulnerabilidad de los niños y las mujeres en edad fértil, deriva de los procesos de reproducción humana, del crecimiento y desarrollo que los caracteriza. Los motivos éticos derivan de ser los niños sujetos de derecho, sustentados en aspectos morales que tienen expresión y rango constitucional.

El derecho a la salud implica garantizar día a día a partir de las políticas y presupuestos en salud, la posibilidad real de acceso a los servicios de salud, la atención apropiada y el poder participar de las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedad.

La incorporación de los derechos sociales aparece en la Constitución reformada en 1949. En ella “... *se concreta el derecho a la salud y por consiguiente el deber de los gobernantes de proveer las prestaciones para que se haga efectivo..... Está referido a los sectores que realmente necesitan ese plus que la sociedad debe a quienes, el libre juego de las libertades normales, sólo les permite morir de hambre o por falta de asistencia médica integral*” (Carrillo, R., 1974:147)

Históricamente, es en la primera mitad del siglo XX cuando se introducen otros intereses e intenciones en la política social del Estado. Es la necesidad de intervenir en forma positiva para producir y administrar la fuerza de trabajo, identificando así categorías sociales objeto de intervención en la sociedad capitalista argentina (Tenti Fanfani, E.; 1989:39). De allí la preocupación por la infancia.

Más cercano en el tiempo, la reforma constitucional de 1994 incorpora en el texto la adhesión a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (Resolución 44/25 de la Asamblea General de la ONU, 1989) La misma proclama el derecho al desarrollo pleno de sus potencialidades y a la salud de niños, niñas y adolescentes. Se estipula que “*los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y desarrollo del niño*”

(Art.6) y: *“reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud posible y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”* (Art. 24) *Los Estados Partes adoptarán las medidas necesarias para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud (inc. b)*

En relación a tratados y compromisos internacionales que fueron firmados por Argentina, están en primer lugar, la Convención Internacional de los Derechos del Niño (ONU, 1989) antes citada; en segundo lugar, la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (ONU, 1990) que acordó un Plan de Acción y Metas Internacionales y en tercer lugar, el Compromiso de Nariño, firmado en Bogotá en 1994, que complementó el tratado anterior para Latinoamérica y el Caribe.⁹ (Acuña, C. y Chudnovsky, M, 2002:2)

Asimismo, UNICEF Argentina, la Sociedad Argentina de Pediatría, los jefes del Programa Materno Infantil de todo el país y el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación formularon el Compromiso Nacional a favor de la madre y el Niño, Metas y Líneas de Acción, en 1991. A partir de 1992, el Estado Nacional hace hincapié en la necesidad de diseñar e implementar una estrategia a favor de las madres y los niños. Las máximas autoridades de las provincias, a través del COFESA (Consejo Federal de Salud), adhieren al Compromiso Nacional y se acuerdan las 20 metas que deben ser alcanzadas respecto a esta problemática durante el período 1993-2000, con la colaboración de UNICEF (Acuña, C. y otros, 2002:2)

La promulgación en el año 2005 de la Ley Nacional N° 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niños y Niñas¹⁰, parte de la concepción de que los niños son portadores de derechos. El Estado nacional ha refrendado los diversos pactos internacionales sobre el tema que tienen “rango constitucional”, esto es, el máximo nivel de obligación para todas las jurisdicciones. Esta ley tiene como objeto la protección integral de los infantes, a través de un conjunto de políticas públicas, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y internacional. Además este sistema de Protección Integral de Derechos de Niñas y Niños define las responsabilidades de la familia, la sociedad y el Estado con relación a sus derechos universales.

⁹El Gobierno Nacional Argentino ha definido como prioridad la atención de las madres y los niños menores de cinco (5) años y suscribió a nivel internacional los compromisos emanados de la Cumbre Mundial a favor de la Madre y el Niño, celebrada en Nueva York (E.E.U.U.) el 10 de Noviembre de 1990.(Ministerio de Salud, Resol 660/02 Sep. 2002)

¹⁰ Sancionada por el Poder Legislativo Nacional el 26/10/2005

1. 2. Antecedentes de Programas de salud infantil en Argentina

Si en un principio la política social del Estado, en su faz de beneficencia pública, atendía distintos niveles de necesidades de los sectores desfavorecidos (educación, salud, abandono, etc.), progresivamente fue constituyendo necesidades específicas en objeto de políticas especializadas. (Tenti Fanfani, E.; 1989: 8)

Haciendo un recorrido cronológico, la necesidad de crear leyes e instituciones estatales para proteger a las madres y a sus hijos aparecen en la esfera pública argentina, en consonancia con la mayor parte de los países occidentales, en las últimas décadas del siglo XIX, siguiendo el discurso médico higienista de la época. Su objetivo era la lucha contra la incidencia negativa de la mortalidad infantil en el crecimiento de la población local. Desde el Departamento Nacional de Higiene parte la organización de una estructura administrativa que asegure la centralización de la protección del binomio madre-hijo.(Biernat, C. y Ramacciotti, K.:2008:3)

Dicho Departamento crea en 1923, la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad e Infancia, dirigida por el Dr Aráoz Alfaro, reconocido pediatra e higienista, encargado de revertir las altas cifras de mortalidad infantil¹¹ en algunas provincias y territorios nacionales. Para subsanar esta situación propone la instalación de consultorios, dispensarios de lactancia, centros de atención materno-infantil ubicados en determinadas regiones y organizar un sistema de visitadoras de higiene social.

Está documentado que en Rosario, ya alrededor del año 1930, se organiza la Dirección de Puericultura desde la Administración Sanitaria Municipal, coordinado con maternidad, atención de partos a domicilio y dispensarios de Puericultura distribuidos en toda la ciudad, incluyendo a visitadoras sociales, con la misión del cuidado de la población infantil de la ciudad.(Invaldi, A., 1962:34)

Mientras tanto, a nivel nacional, en 1937 se crea la **Dirección de Maternidad e Infancia** (dependiente del Departamento Nacional de Higiene), por Ley 12.341¹² donde se delineó un completo plan de protección a la maternidad. Aparecen una serie de instituciones a crear, como centros de protección maternal e infantil en cada pueblo o ciudad. Se propone como objetivos de este programa la asistencia pre-concepcional, del embarazo y el parto, la vigilancia del niño desde su nacimiento a través de fichas sanitarias individuales, la lactancia

¹¹ Atribuyendo sus causas a “la falta de asistencia médica y social a la madre y el niño y a la ignorancia de las madres de la población en general sobre higiene infantil y puericultura”(Aráoz Alfaro,1928 citado por Biernat, C. y Ramacciotti, K.:2008:3)

¹² Este programa de asistencia y protección a la madre y el niño ya había sido presentado por Olarán Chans y Siri ante la Sociedad Argentina de Pediatría en 1926 y remitido al Congreso de la Nación, donde después de 10 años es presentado por el senador Alfredo Palacios. La ley es aprobada en diciembre de 1936 pero demora 2 años en ser reglamentada por conflicto de superposición de atribuciones con el Patronato de la Infancia, organismo de carácter privado, dependiente del Ministerio de Justicia.

materna, la alimentación racional y la protección social de los niños necesitados. Su radio de acción incluye a todo el país y ejerce su vigilancia sobre todas las instituciones oficiales y privadas que se ocupen de la asistencia materno-infantil. (Di Liscia, M., 2001:67; Acuña, C. y otros, 2002:7; Biernat, C. y Ramacciotti, K.:2008:4)

En 1938 se organizan en la Dirección de Maternidad e Infancia Nacional, las subdivisiones de Primera Infancia (hasta los dos años y medio), de Segunda Infancia (edad preescolar) y de Niños Enfermos, Anormales y Necesitados. Es de destacar el comienzo de la División Odontológica (asistencia preventiva y curativa de madres y niños).

Esta Dirección en los años 40 enfrentó escasez de recursos para dar curso a sus proyectos, falta de personal, tensiones en la distribución del poder entre cargos políticos y técnicos; y dificultades para encausar las múltiples realidades provinciales, lo que llevó a deslegitimar su capacidad resolutive.

En 1946 con la llegada de Perón, se mantiene la Dirección de Maternidad e Infancia y forma parte durante la gestión de Carrillo, del eje de la medicina social o preventiva. Se habilitan más de 50 centros maternos en diferentes partes del país para luchar contra la mortalidad infantil, pero dichos efectores atraviesan la carencia de enfermeras especializadas, de médicos pediatras, de puericultores y de visitadoras de higiene. (Biernat, C. y Ramacciotti, K.:2008:7).

Más tarde en 1948, se crea el Consejo del Niño, bajo la órbita de dicha Dirección. Se lleva a cabo notorias medidas vinculadas a campañas de difusión sanitaria preventiva y de protección a la niñez, representadas por la necesidad de efectuar los controles a la alimentación del recién nacido, promover la lactancia materna y los consejos a las madres sobre la manera de brindar alimentos nutritivos a sus hijos; se distribuyen cartillas sobre higiene y la evolución cronológica deseada para sus hijos.

Ante el recorte presupuestario para nuevas construcciones, y aún manteniendo algunos espacios políticos de tutela sobre organismos provinciales y municipales, esta Dirección busca nuevas bases de legitimidad en un intento de mantener su existencia, real o simbólica, dentro del espacio estatal, a través de asociaciones con organismos internacionales y mayor diálogo con los pediatras (Biernat, C. y Ramacciotti, K.:2008:10).

En los años posteriores, el Programa Materno Infantil, que fuera el primer programa contra la pobreza creado en 1936 por ley N° 12.341, continúa con sus objetivos de: prevenir la mortalidad infantil por desnutrición del binomio madre-hijo, promover la salud de los niños y adolescentes en todo el país y la estrategia de atención primaria de la salud materno-infanto juvenil. Ha estado dirigido a niños desnutridos de 0 a 6 años de edad, embarazadas, niños de 0

a 2 años con necesidades básicas insatisfechas (NBI), y ejecutado por la Dirección de Salud Materno Infantil, las autoridades sanitarias provinciales y el Programa Materno Infantil Provincial. Entre sus prestaciones figuraban la entrega de leche en polvo y medicamentos; talleres de capacitación; asistencia técnica y elaboración de normas de protección de la salud y atención de la madre, hijo y adolescente. El financiamiento de este programa continuó siendo mayoritariamente nacional. (Belmartino, S. y otros, 2001:65) De hecho el 80% de sus recursos estaba destinado a la compra de leche y su distribución, y por lo tanto sujeto a las contingencias de las planificaciones presupuestarias.

En 1982, Unicef presenta un **proyecto de Atención Primaria de Salud (APS) selectiva**, dirigido a mujeres embarazadas y niños, que se expresa en seis actividades normatizadas: vigilancia de crecimiento y desarrollo (C y D) de niños basado en gráficos; utilización de sales de rehidratación oral; fomento de la lactancia natural; inmunización de todos los niños con Sabin, DPT, TBC y sarampión; suplementos alimentarios y planificación familiar. En Argentina se concreta este enfoque dentro de las llamadas intervenciones sanitarias selectivas (Grodos, D. y de Béthune, X.; 1988) Se deja de lado, entonces a la APS integral, que incluya a todo el conjunto de la población y comprometa a todo el sistema de salud, como era principio orientador de la estrategia propuesta por la OMS en Alma Ata en 1978.

Durante los años '90 en el marco de la redefinición global de la relación entre la Nación y las provincias, se definió la federalización de fondos. Está documentado en 1994, que a partir de ese año en la entonces Dirección de Maternidad e Infancia Nacional, se comienza a reformular el Programa Nacional Materno infantil. (Belmartino, S. y otros, 2001:65)

Con este propósito se elaboró un documento técnico de referencia que define instrumentos, criterios y sistema de registro para el monitoreo, que fueron analizados, discutidos y consensuados con las Sociedades Científicas (Sociedad de Pediatría, Obstetricia, Nutricionistas) y con Jefes de Programas materno-infantil, de Nutrición y de Atención Primaria de todo el país. Estas propuestas normativas debían ser aplicadas a las realidades locales, a través de talleres con los integrantes de los equipos de salud en cada provincia El crecimiento y estado nutricional de los niños menores de 6 años y de las mujeres embarazadas, se considera uno de los componentes básicos del programa (Manual Metodológico, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1994:4)

Por lo cual, en Santa Fe en enero de 1996, el Departamento de Maternidad e Infancia, del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia, publica los Módulos elaborados para los controles de salud de niños, a través del uso de instrumentos (gráficas de peso/edad, talla/edad y peso/talla) y de registros: el Carne y la Historia Clínica del Niño y de la Niña

recomendados por CLAP/OPS/OMS, a ser utilizado en la consulta ambulatoria de la población infantil menor de 5 años.¹³ Se describen además contenidos básicos en cuanto a las acciones del equipo de salud y los temas que deben abordarse con la madre o el responsable del cuidado del niño.

Según expresa Belmartino, S. es a partir de la desconfianza política e ideológica sobre las estructuras burocráticas existentes, que el gobierno nacional prefirió superponer al Programa Materno Infantil una estructura paralela, sin generar las bases para la coordinación entre ambas. Se puso en marcha por entonces, el Programa Materno Infantil y Nutrición (Promin). Participaron en su diseño múltiples actores relevantes y su implementación implicó desde su inicio el activo rol de las instancias jurisdiccionales provinciales y municipales (Belmartino, S. y otros, 2001:66). El problema sobre el cuál se debía intervenir era la existencia de altas tasas de morbilidad materna e infantil evitables y retardo en el desarrollo de los niños, que no se compadecían con el nivel de desarrollo en la Argentina, según la evaluación del PNUD realizada en 1998. (Acuña, C. y otros, 2002:16)

El Programa Materno Infantil y Nutrición (Promin)¹⁴ tenía entre sus objetivos, disminuir la morbi-mortalidad infantil, mejorando la focalización, diseño, aplicación y la coordinación de los servicios y programas de salud, nutrición y alimentación complementaria. Estaba dirigido a niños, mujeres en edad fértil y población asociada en zonas con alta concentración de NBI. Entre sus prestaciones se destaca la capacitación, el equipamiento, ampliación y refacción de hospitales, centros de salud, comedores infantiles y guarderías; la provisión de leche y cajas de complemento alimentario familiar (Belmartino, S. y otros, 2001:66) Se llevó adelante con financiación del Banco Mundial, aportes del estado nacional y provincias desde 1993 hasta el año 2000.

Luego de la crisis económica y social que afectó en 2001 al país, aparece otro plan que incluyó posteriormente aspectos de la atención de la salud infantil. Fue el Plan Familias por la Inclusión Social, implementado en 2004 bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, el cual otorgaba una transferencia monetaria mensual a sus beneficiarios, de acuerdo al número de hijos/as, sin contraprestación laboral sino solamente la certificación de asistencia escolar y los controles sanitarios de los hijos/as a cargo. Se trata de un nuevo programa focalizado delegando exclusivamente en la mujer la tarea de reproducción social.

¹³ Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe. Dirección de Promoción y Protección de la Salud: “Guía para la normatización de las acciones de salud en el control de los niños menores de 5 años”(1) – “Instructivo para el llenado del Carne e Historia Clínica del Niño y de la Niña”.(2), 1996

¹⁴ La historia del PROMIN I se inicia, cuando un grupo de expertos (a cargo del Lic. Pablo Vinocur) elabora los documentos que el Gobierno Nacional presentó al BIRF a través del MS para acceder al financiamiento y culmina el 31 de marzo de 2000, fecha en que se considera cerrado el plazo de ejecución del préstamo 3643-AR del Banco Mundial.

(Pautassi, L.; 2006:119) Caduca al implementarse la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH).en 2009.

A partir de esta enumeración de programas direccionados a lograr la protección materno-infantil en el interior de los sectores más carenciados, queda explícito que, siguiendo una corriente de pensamiento neoliberal, se pone en manos del Estado las prestaciones de salud que no le interesan a la actividad privada, y también se lo responsabiliza de cubrir las necesidades, cuya desatención provocaría efectos de fuerte repercusión social. (Bloch, C. y otros, 1992:18)

1. 3. Antecedentes de la atención de la salud infantil en Rosario

En Rosario, en 1960, desde una concepción de una Pediatría Preventiva, la Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de Rosario propuso “*un programa de promoción del óptimo crecimiento y desarrollo físico, mental y social del niño y la protección y reparación de sus daños*” (Invaldi, A. y otros, 1961:36), teniendo en cuenta su condición de integrante de un núcleo familiar y de una comunidad. Consideraba además aspectos de gestión del equipo de salud, de educación sanitaria, y su relación con otros sectores de la sociedad. Por entonces, se citaba entre los inconvenientes, la acción simultánea e incoordinada de servicios nacionales, provinciales y municipales.

Hay referencias en el año 1974, de la existencia de siete centros periféricos de administración municipal,¹⁵que realizaban acciones médico-asistenciales reparadoras con algunas actividades aisladas de medicina preventiva y rehabilitación. No contaban con programas de área ni efectuaban acciones de atención médica integral en forma planificada, con serias dificultades en cuanto a recursos materiales y edilicios. (Santhiá, M. y otros, 1974:7)

A comienzos de los '80 en la ciudad, la atención médica se brindaba en el sector estatal a través del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS) desde la administración provincial. La misma era principalmente reparadora, comprendía algunas acciones preventivas, limitadas al área materno-infantil (fundamentalmente vacunación, control del niño sano y de embarazadas). No había programa de medicina integrada, la atención estaba

¹⁵ Eran: Parque Casas; Nuestra Señora de Itatí; Pasteur; San Martín; San Francisquito; J. Dunant y Arroyito.(en Santhia, M. y otros: Sistema de Salud del Área Rosario: Análisis del Sistema Estatal de Atención Médica del Área Rosario, Documento N° 2, GESAM, 1974).

dirigida particularmente al individuo, sin contemplar al grupo familiar (Bloch, C. y otros, 1985:13). Esta es la primera referencia explícita que se tiene sobre el llamando “control de niño sano”.

Este programa de APS es adoptado en 1980 por el gobierno de la provincia de Santa Fe (Decreto 3991,12/11/80), para grandes áreas urbanas de Rosario y Santa Fe, pero la población objetivo serían los grupos marginales residentes en “asentamientos irregulares”. En Rosario, como Zona de Salud VIII, las actividades en la comunidad eran básicamente de promoción y prevención de la salud (dación de leche, vacunación, captación y control de salud de embarazadas y niños y saneamiento del medio) y la orientación de la población a través de los centros periféricos provinciales a los hospitales base de cada una de las tres áreas programáticas. (Bloch, C. y otros, 1992: 23)

Mientras tanto, la Secretaria de Salud del Municipio de Rosario, crea el **Programa de Atención del Niño**, desarrollado dentro de la estrategia de Atención Primaria del Salud adoptada desde 1989, en los 30 Centros de su dependencia existentes en ese momento, donde se realiza el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil (Boletín APS, Secretaria de Salud, 2000: 21). Este compromiso asumido en cumplimiento de las metas acordadas con UNICEF, busca la integración de los servicios y la comunidad, capacitando a madres y educadores en aspectos básicos de promoción y prevención. También se trabaja en forma conjunta con la Secretaría de Promoción Social del Municipio, en la constitución de Centros de Desarrollo Infantil (Documento de la Secretaría de Salud, 1993), denominados luego Centros Crecer. Por ese entonces se afirmaba que *“los programas de salud existentes están siendo reelaborados a nivel de los Centros de APS con el fin de que se enriquezcan con la experiencia e idoneidad del personal responsable de las acciones y tengan, a la vez, un fin sentido y compartido por la comunidad”* (Richiger, E:1990:3)

El Programa Materno Infantil y Nutrición (Promin).Su ejecución en Rosario: se implementó en la ciudad como consecuencia del ofrecimiento realizado en el año 1992 por UNICEF Argentina a las autoridades municipales, con mediación de la provincia. En ese momento ya estaba instalado en el Municipio un mapa de desigualdad en continua profundización. La Provincia de Santa Fe por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social fue responsable y lideró el Proyecto ante la Unidad Central que dependía del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación firmándose el convenio de adhesión Nación - Provincia en febrero de 1993 (Decreto Provincial 1035), en tanto la Municipalidad de Rosario aceptó la participación (Ordenanza Municipal N° 5735/93 de aprobación del Convenio de Adhesión Provincia- Municipalidad de Rosario). Da comienzo en 1996 en los

servicios de salud de la ciudad de dependencia provincial y municipal, con una duración de tres años, y siguiendo un criterio de focalización de la población destinataria de las acciones, con planificación normativa de las actividades. (Aronna, A: 2006) Se destaca entre sus objetivos el de promover el desarrollo psicosocial de los niños de 2 a 5 años. El Promin en Rosario, se transformó en caso paradigmático del proceso de focalización de las intervenciones sociales en la década del '90. Este promovió algunos componentes que resultaban convergentes con los lineamientos de la Municipalidad de Rosario, tales como "reforzar la capacidad instalada de los servicios de salud" o "mejorar la relación entre el primer nivel de atención y el nivel de referencia en el abordaje de la problemática del grupo objetivo". Esta convergencia de objetivos facilitó claramente la adaptación del programa a los lineamientos de la Secretaría de Salud (Jiménez, C.: 2009: 215).

Se da fin a su ejecución ante la finalización de la asistencia técnica y financiera del Programa a los subproyectos provinciales más antiguos (Florencio Varela, Rosario, Paraná, Tucumán) el 31 de marzo de 2000. (Acuña, C. y otros, 2002:55)

2. Políticas de salud materno-infantil actuales

Actualmente **la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia** se encuentra dentro del ámbito de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación. Es el órgano de formulación y aplicación de la política materna infantil del Estado nacional. Allí se desarrolla el **Programa Materno Infantil**, financiado con fondos del Estado y también con el aporte de la cooperación internacional (Ministerio de Salud de la Nación, 2009)

Entre la legislación nacional más reciente, sus actividades se enmarcan en los lineamientos de la Ley Nacional N° 26.061 (2005), de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que debe terminar de plasmarse todavía en las instituciones y en las prácticas concretas. Con ese objetivo, el gobierno nacional ha creado, durante 2006, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, dependiendo del Ministerio de Desarrollo Social.

Para la implementación de las políticas de salud materno-infantil fueron fijados tres ejes estratégicos prioritarios: Salud Perinatal, Salud Integral del Niño y Salud Integral en la Adolescencia

Dentro del Área de **Salud Integral del Niño** se propone promover un modelo de atención integral fundado en intervenciones efectivas sobre la población de niños menores de 6 años, detectando oportunamente las situaciones de riesgo biológico y social y mejorando el sistema de atención en todo su proceso, a fin de garantizar el derecho a la salud de niños y niñas, en su sentido más amplio.

Los programas actuales relacionados con la temática de la que se ocupa este trabajo de investigación a tener en consideración son: el Programa de Salud Infantil y el Programa Primeros Pasos.

- Programa de Salud Infantil:

Establece como estrategias: la integralidad en la atención de niños y niñas menores de 6 años: prevención y promoción de la salud, crecimiento y desarrollo, nutrición y atención de patologías prevalentes, enmarcados en condiciones ambientales sustentables y priorizando los factores protectores para el desarrollo infantil, acompañando a las familias en la crianza.¹⁶

También se destaca la transformación del modelo de atención sobre la base de la mejora en la organización y calidad de los servicios pediátricos, en todos sus niveles, de acuerdo con las necesidades de los niños y niñas y con acciones centradas en el apoyo y sostén de la familia.

En este programa, es de enfatizar el objetivo de mejorar la cobertura y calidad de la **atención del niño en forma integral**, en el control del niño sano, incorporando la mirada del desarrollo infantil en las tareas regulares del equipo de salud. Además, de reorganizar la oferta y la demanda a partir de una atención programada, dependiendo de la cantidad de controles adecuados para cada niño en función de su edad. Sus objetivos específicos se desarrollan en ANEXO V.

También en la provincia de Santa Fe, el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Maternidad e Infancia desarrolla el Programa Provincial de Salud Integral del niño de 0 a 5 años¹⁷. Entre sus objetivos está reducir la incidencia de problemas prevalentes de salud en los niños y mejorar la atención de la salud. Se describen las actividades divididas en subprogramas, entre éstos el de Crecimiento; Lactancia materna y Maltrato y Violencia, junto

¹⁶ Rossen, M y colab: Módulo 5:: Políticas de Salud- en Posgrado en Salud Social y Comunitaria- Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, Bs As, 2010- pp 94

¹⁷ En Sitio oficial del Gobierno de Santa Fe. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud. Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud. Departamento de Maternidad e Infancia. En www.portal.santafe.gov.ar (consulta 18/05/2009)

con enfermedades diarreicas y respiratorias. Estas pautas son adaptadas a las establecidas por nación y trabajadas en el ámbito normativo y de consenso a nivel público y privado dentro de la provincia. En la atención en el ámbito público, se trabaja con mayor énfasis en asegurar la aplicación de las normas y criterios propuestos, principalmente a nivel de los Servicios de primer nivel de atención.

- **Programa Nacional de Desarrollo Infantil “Primeros años”:**

Se propone el abordaje integral del desarrollo de niñas y niños en su contexto familiar y comunitario; fortalecer a las familias en la crianza de los niños desde el nacimiento hasta los 4 años de edad y generar conciencia a nivel nacional acerca de los derechos de la primera infancia y de la necesidad de garantizar a los más pequeños un adecuado desarrollo desde un enfoque integral. Es implementado en todas las provincias del país a través de acciones coordinadas entre los ministerios de Desarrollo Social, Educación y Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional Materno infantil, desde noviembre de 2005. Se han firmado convenios de trabajo con 23 jurisdicciones del país. El Programa se está implementando en 224 localidades de 23 provincias, que trabajan con familias. Forma parte junto a otras políticas, programas y acciones, del Plan Nacional de Acción por los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

En consonancia con esta propuesta, ya en la ciudad de Rosario se desarrollaba desde 1997 el programa Crecer, siendo la Municipalidad la organización responsable a través de la Secretaría de Promoción Social. El Programa surge de la articulación a nivel local de dos Programas Nacionales: Programa Materno Infantil y Nutrición (Promin), el Programa Nacional de Nutrición Infantil (Prani). Ambos planes proveyeron infraestructura edilicia y equipamiento para la construcción de efectores de atención al Desarrollo integral a niños y niñas de 2 a 5 años.: integrando tres ejes: Proyecto nutricional, Proyecto pedagógico y de estimulación psicomotriz. Se establecieron convenios con distintas ONG y organizaciones e instituciones locales que estaban trabajando con la problemática de la infancia en situación de riesgo.

La experiencia se inicia con 18 Centros Crecer para la atención de una población de 2.000 familias y se extiende a cinco de los seis distritos descentralizados de la ciudad de Rosario. En el año 2003, ya funcionan 33 Centros Crecer, que trabajaban con alrededor de 18.000 familias

y 5.000 niños. Los destinatarios son aquellas familias que habitan las zonas de influencia de los Centros, y en especial los niños de 2 a 5 años.¹⁸ (UNICEF: 2005:44).

Al respecto Díaz, destaca acerca de la articulación de proyectos: *“Desde su creación, el programa Crecer negoció fuertemente con distintos programas ‘enlatados’ de los gobiernos de Nación y Provincia. Es decir, cuando los técnicos de estos programas llegaban a Rosario con su ‘maletín’ para ‘vender’ el producto bien formateado y definido del programa que representaban tenían que sentarse a negociar con la contraparte del municipio para ver de que forma ese ‘enlatado’ podía adaptarse y ser funcional con las políticas y proyectos que ellos estaban impulsando”* (Díaz, A., en UNICEF: 2005:85)

2.1 Plan Nacer

El **Plan Nacer** (PN) es un programa nacional creado por la Dirección de Maternidad e Infancia, en 2004, e implementado primero en las provincias del NOA y NEA y en 2007, se extendió a todas las jurisdicciones del país Este plan introdujo nuevas pautas de gestión en el sector público que permitieron orientar los esfuerzos y los recursos hacia el logro de resultados sanitarios concretos en la población materno-infantil, sin cobertura social; aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de atención a mujeres embarazadas y puérperas, niños y niñas de hasta seis años (Abriata, M. y Col.;2010:44)

Se implementa en la mayoría de las provincias con fondos transferidos por el Gobierno Nacional, creándose seguros maternos infantiles de salud provinciales. Sus objetivos son “disminuir la mortalidad materno-infantil, estimular el trabajo de los equipos de salud y fortalecer la red de servicios de salud”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

Tras 10 años de desarrollo ha permitido fortalecer la Atención Primaria en el país y se amplió como plan **SUMAR**, programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que brinda cobertura de salud pública a más de 9 millones de personas.¹⁹ El mismo refuerza la cobertura universal pública a través de servicios de salud para la población inscripta y aportando recursos adicionales a través de una modalidad innovadora de financiamiento a través del Banco Mundial, basado en resultados. Se evalúa y estimula el desempeño sanitario de las provincias a partir de un conjunto de indicadores. Las mejoras del desempeño son premiadas con mayores recursos. (Ver en Anexo VII)

¹⁸ En UNICEF (2005): “Panel de experiencias que integran agendas gubernamentales (provinciales y/o municipales): Programa Crecer - Rosario, Provincia de Santa Fe”. En *Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas prácticas*. Bs As. Pp 43-54

¹⁹ En el 2012 esta política -originalmente destinada a mujeres embarazadas y niños de 0 a 5 años- se amplió a los niños de 6 a 9 años, jóvenes y mujeres hasta los 64 años. Hoy todos los titulares de las asignaciones y del Progresar tienen cobertura del Programa SUMAR. <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/455-una-decada-por-la-inclusion-y-la-salud-publica> (fecha de acceso 20/07/2015)

Para el monitoreo de resultados en salud se consideran, entre otros, a los siguientes trazadores (Ramonet, M., 2011):

Seguimiento de niño sano hasta el 1er año: niños menores de un año con cronograma completo de controles y percentiles de peso, talla y perímetro cefálico.

Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años: niños entre 1 y 6 años con cronograma completo de controles y percentiles de peso y talla.

El plan funciona en todos los centros de salud de APS y hospitales de la provincia de Santa Fe²⁰ y tiene como metas sanitarias además, la captación temprana de la embarazada, efectividad de atención del parto, atención neonatal y de cuidado prenatal y prevención de prematuridad. (Ministerio de Salud de Santa Fe, 2013).

Según documenta el Banco Mundial (Informe N° PAD1397, 2015:9,30), entre 2010 y 2014 en todo el país la proporción de niños menores de 10 años sometidos a controles de salud completos de acuerdo a protocolo se triplicó del 15 por ciento al 45 por ciento y a partir de diciembre de 2014, la cobertura efectiva fue del 61 por ciento para los niños menores de 6 años.

2.2. Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH)

Es otorgada por el Estado²¹ desde noviembre de 2009 a 3.558.137 niños de todo el país²², hijos de trabajadores informales, desocupados, trabajadoras domésticas, trabajadores temporarios y monotributistas sociales con ingreso menor al salario mínimo. Se abona hasta el quinto hijo y resulta incompatible con cualquier otro plan o programa de transferencia de ingresos (Archidiácono, V. y otros, 2012:160).

La AUH, pareciera ser una de las medidas más inclusivas que se han otorgado en los últimos 50 años, para intentar reconstruir la relación entre el Estado y los sectores más perjudicados. Implica al sector salud (efectores de salud públicos nacionales, provinciales y municipales), seguridad social (Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) por su aplicación y supervisión) y educación (establecimientos públicos donde concurren los beneficiarios).

²⁰ Portal de la Provincia de Santa Fe. Salud. Promoción y Cuidados de la Salud. Plan Nacer. www.santafe.gob.ar (fecha de acceso el 22/08/2013)

²¹ Creada por el Poder Ejecutivo mediante Decreto de necesidad y urgencia (DNU) N° 1602/09, a pesar de existir numerosos proyectos legislativos presentados con anterioridad al decreto. (en Pautassi, L y Gamallo, G. (2012)/ ¿Mas derechos, menos marginaciones? Políticas Sociales y Bienestar en la Argentina, pp 131)

²² Dato estimado sobre 12.333.747 niños y niñas argentinos (Censo, 2010) por Archidiácono, V. y otros/ “La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social: ¿una vía de transformación en la política social argentina?”, en Pautassi, L y Gamallo, G.: *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas Sociales y Bienestar en la Argentina*, Biblos, Bs As, 2012. pp161

La certificación se realiza a través de la denominada Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación²³. Los niños menores de 6 años que sean titulares de la AUH deben estar inscriptos en el **Plan Nacer** y concurrir al Centro de salud a cumplir con el esquema de vacunación completo o en curso para la edad. (Ministerio de Salud, Decreto Nacional N° 1602/09)

Se abona en forma mensual el 80 % del monto. Para cobrar el 20% restante se requiere el cumplimiento del **control periódico de la salud del niño** como contraprestación, a fin de ser presentada la constancia que verifique su cumplimiento en materia de salud y educación. Su realización redundaría en beneficio del niño y de su grupo familiar, sobre todo en población de riesgo y de bajos recursos.

No especifica el decreto cuántos controles deberían hacerse, pero según lo establece el **Plan Nacer**, la frecuencia de los mismos es cada mes hasta los 6 meses; cada 2 meses hasta el 1er año; cada 3 meses hasta los 18 meses; cada 6 meses hasta los 3 años y anual hasta los 6 años.

Con la AUH se intenta universalizar un derecho que históricamente estuvo restringido a los hijos de trabajadores registrados, con empleo estable, a través de una política de inclusión educativa y sanitaria en niños de todo el país.

Este programa, al igual que los anteriores programas de transferencia condicionada de ingresos sigue exigiendo el cumplimiento de condicionalidades desde el lado de los beneficiarios sin plantear un incremento y mejora de ofertas de servicios en la educación y salud públicas que permitan un verdadero desarrollo integral a las familias en situación de mayor vulnerabilidad. (Cogliandro, G.; 2010:7)

Posteriormente se regula el aumento de los montos de las asignaciones y los rangos de ingresos para su percepción, por Ley 27.160 del Congreso Nacional (15/07/2015).

2.3 Programa Nacional de Fortalecimiento de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas:

Pesquisa Neonatal Obligatoria

Este programa aparece por Resolución N° 1612 /06, del Ministerio de Salud de la Nación.

24

Dentro de él se ha establecido en Argentina la obligatoriedad del Screening Neonatal, Ley de Pesquisa Neonatal de Enfermedades Congénitas y la Pesquisa Neonatal Auditiva.

²³ Ver <http://www.amses.gob.ar/Libreta>

²⁴ Liceda, M. E.: "Avances en Pesquisa Neonatal en Argentina", Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación, presentación en I Congreso Argentino de Neonatología, 2010.

La ley nacional N° 26279/2007 obliga a que en los hospitales públicos y privados se extraiga una muestra de sangre a los recién nacidos para detectar nueve enfermedades. A las que ya incluía la pesquisa neonatal (la fenilcetonuria y el hipotiroidismo), se agrega la fibrosis quística, la galactocemia, la hiperplasia suprarrenal congénita, la deficiencia de biotinidasa, la retinopatía del prematuro, el mal de Chagas y la sífilis.

La pesquisa neonatal permite reconocer precozmente errores metabólicos congénitos, cuya detección temprana es de fundamental importancia en la identificación de enfermedades sin manifestaciones clínicas en el periodo neonatal y que siendo tratables en su mayoría, si se dejan libradas a su evolución natural, pueden producir daños severos e irreversibles asociados a discapacidad mental.

Además de la detección en los recién nacidos, la ley determina que las obras sociales y los demás prestadores de servicios de salud deberán "incorporar como prestaciones obligatorias" los tratamientos con drogas, fórmulas y suplementos especiales, alimentos y suplementos dietarios para cada patología, así como el equipamiento y los kits terapéuticos necesarios.

En la provincia de Santa Fe²⁵ es obligatoria la pesquisa neonatal de seis enfermedades: fenilcetonuria, fibrosis quística, hipotiroidismo, hiperplasia suprarrenal congénita, déficit de biotinidasa y galactocemia, a todo recién nacido en maternidades públicas de la esfera provincial y municipal de la ciudad de Rosario. Los dos centros donde se analizan las pesquisas neonatales son el Cemar (para el sur de la provincia) y el Hospital Alassia de la ciudad de Santa Fe (para la zona norte de la provincia).

Cuando hallan diagnósticos positivos les informan a los pediatras, quienes luego se ocuparán de indicar una prueba más específica para la confirmación del diagnóstico y en el caso de que se confirme se pasará luego a la indicación del tratamiento.

2.4 Programa de Detección Precoz y Atención de Hipoacusia

Este programa nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia del Ministerio de Salud de la Nación se reglamenta en el año 2011, a partir de la Ley 25415 (promulgada en el año 2001). Se adoptan las Guías de Prácticas y protocolos de Atención; Manual de procedimientos de Hipoacusia y Sordera en la infancia; Proyecto de Normatización, Programa de Detección, Identificación e Intervención Temprana en la Hipoacusia Infantil y Propuesta Interinstitucional.

²⁵ Fain, H.: entrevista en "Proponen la ampliación de la pesquisa neonatal" Diario La Capital, Rosario, 08/05/2013

El tamizado, o screening neonatal de hipoacusia se realiza en la maternidad donde el niño nace, antes del alta hospitalaria, mediante un estudio incruento y no invasivo, que son las Otoemisiones Acústicas (OEA). Son respuestas al sonido, emitidas por la cóclea del bebé, que están presentes desde el nacimiento, y que son recogidas en el conducto auditivo externo por medio de una sonda portadora de un micrófono. Esta prueba que puede ser realizada en pocos minutos, permite identificar, dentro de las primeras horas de vida, si el recién nacido presenta algún grado de pérdida auditiva. Del análisis de los parámetros de la respuesta, el audiólogo determinará si el niño PASA o NO PASA la prueba.

Los niños que no hayan pasado la primera prueba de tamizado, deberán ser identificados en el sistema, para instarlos a acudir, a fin de repetir la prueba antes de cumplir el mes de vida. Se hará una segunda Otoemisión al mes de vida, y en el caso de haber un nuevo fallo, se realizarán las pruebas de diagnóstico.

En todo niño que haya pasado el screening con OEA, pero tenga factores de alto riesgo deberá ser controlado periódicamente, cada 6 meses el 1º y 2º año de vida.

El resultado de cada uno de los estudios realizados en los bebés, deberán constar en los registros del Plan Nacer (Programa Nacional de Detección Temprana, 2011).

El gobierno de la provincia de Santa Fe adhiere por Resolución 123 (febrero de 2012) al Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. Anteriormente, desde 2009 sólo se efectuaban Otoemisiones a bebés derivados con factores de riesgo neonatal.

Este estudio se realiza en todas las maternidades públicas provinciales y municipales de la ciudad de Rosario. El Centro Integral de la Audición (situado en el Cemar),²⁶ dentro del Programa de Detección Temprana, tiene como meta la captación de la población con riesgo de pérdida auditiva durante el primer mes de vida y el diagnóstico de la hipoacusia antes del tercer mes. El mismo está integrado por los Programas de Monitoreo y de Screening Auditivo por Factores de Riesgo. El propósito del mismo es examinar por lo menos al 95 % de los recién nacidos con el fin de asegurar que no se excluyan los niños con pérdidas auditivas significativas de aparición tardía.(Quaglino, M.V. y col.;, 2013:24).

2.5 El Programa SANAR:

Se trata de un programa de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, a través del cual se implementan y coordinan la detección precoz, la prevención, la atención y la

²⁶ Quaglino, M.B. • Vitelleschi, M.S. • Maldonado, L.M. Evaluación del funcionamiento de un sistema público de atención de discapacidad auditiva mediante métodos multivariados, en Revista FABICIB • año 2013 • volumen 17 •; Rosario, 2013. pp. 23 a 32

rehabilitación de niños con discapacidad. El mismo funciona en el consultorio externo del Hospital Roque Sáenz Peña desde fines de los '90 y también actualmente en el CEMAR.

Se trabaja en red con los equipos de los centros de Atención Primaria, con profesionales especializados en neurodesarrollo de modalidad itinerantes, en dispositivos de intervención temprana interdisciplinario e interinstitucional, con programas especiales de seguimiento. Todo recién nacido prematuro de alto riesgo puede acceder al mismo, cuando es dado de alta en neonatología.

III - LA CONSTRUCCION DEL OBJETO DE ESTUDIO

1- Proceso de Atención

La aplicación de intervenciones preventivas en la salud infantil se realiza dentro del proceso de atención, el cual lo constituyen todas las actividades y procedimientos realizados por los profesionales involucrados en la atención y cuidados de la población beneficiaria (Chaves do Santos, S. y Pacheco Santos, L., 2007:1031).

Donabedian, A. (1990) define al proceso de atención como: *“La serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes, considerando a la atención como un proceso multidisciplinario sin costuras en el cual no solamente las acciones médicas son relevantes, sino que toda y cualquier participación del personal de distintos niveles puede contribuir para el incremento de la calidad o su deterioro.”*

En referencia a la atención infantil, entre la serie de acciones a brindar propuestas por la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)²⁷, estarían la de incluir en la atención de los niños menores de 5 años, aspectos preventivos sistematizados tales como evaluación de la alimentación, verificación del estado nutricional, posibilidad de reconocer algunos riesgos importantes. Esto lleva a mejorar la comunicación e intercambio con las madres, y conlleva a aprovechar mejor el trabajo del personal de salud en las distintas áreas, propiciando el seguimiento adecuado de los problemas identificados en el niño. En la misma, se explicita que no basta con proporcionar información, es preciso disponer de habilidades en asesoramiento, en establecer vínculos y utilizar eficazmente otros recursos que se sabe influye sobre los cambios en el comportamiento (modelos a imitar, ayuda de familiares y amigos) AIEPI (OPS, 1999:8).

En relación a quiénes intervienen en la atención del niño sano en los CS, si bien la misma tiene su encuadre en la consulta de la familia por el niño al médico pediatra o generalista, interviene todo el equipo de salud: enfermera, trabajador social, psicólogo, administrativo, etc, con sus respectivas funciones, dando a la familia asesoramiento, contención y educación para la salud.

²⁷ Elaborada por OMS y el UNICEF. Hace hincapié en el niño y su contexto y no en una enfermedad concreta. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo, en www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/ (consulta 17/07/2015)

Más del 95% de la atención pediátrica se realiza y soluciona en el primer nivel, ambulatorio, en el contacto directo con el niño y su familia, con el control de salud que permite la pesquisa precoz de sus alteraciones (2da Cátedra de Pediatría, UNR, 2005: 279)

2.- Control del Niño Sano: alcances y aspectos que lo componen

El **Control del niño sano** hace referencia a la propuesta pediátrica preventiva de cumplimiento periódico, que permite evaluar el crecimiento y estado nutricional del niño principalmente y el desarrollo psicomotriz. Consiste en la verificación o indicación de inmunizaciones, el control del peso, talla y perímetro cefálico y la identificación de algunas pautas básicas cuya manifestación se espera dentro de ciertos parámetros establecidos como normales.

Como explicita Lejarraga; H. (1996:9), “control” es un término sajón que significa “dirigir el curso de los eventos”, que resulta impreciso en su acepción latina. Se sugiere el uso de “vigilancia”, que es el monitoreo con una actitud activa, es decir con definición de signos de alarma, desarrollo de hipótesis causales o asociadas, e intervenciones oportunas. También corresponde usar el término “seguimiento” como sinónimo.

Pero evidentemente el término más usado es el de la *consulta de control sano*, que por razones organizativas y/o pedagógicas se diferencia de la *consulta por morbilidad* en los registros de los centros del primer nivel de atención.

En cuanto a la frecuencia de los controles, según Manfredi, L y colab. (2005:14) se considerarán como mínimo 10 controles hasta el año, luego del control del recién nacido en la maternidad, para los que se deben tener en cuenta los momentos claves del crecimiento y el desarrollo del niño:

- 1) 7 a 10 días
- 2) 1 mes
- 3) 2 meses
- 4) 3 meses
- 5) 4 meses
- 6) 5 meses
- 7) 6 meses
- 8) 8 meses
- 9) 10 meses
- 10) 12 meses

1º semestre: el primer mes es el más crítico del recién nacido; se ve la relación madre-hijo y se promueve la lactancia materna. Luego, si el bebé se va desarrollando normalmente, se deberá realizar un control mensual hasta los 6 meses, momento en que se incluye la capacitación materna para la incorporación de alimentos.

2º semestre: En este período, y siempre que el médico no indique lo contrario, la frecuencia de los controles de salud necesarios se va espaciando. Entre los 6 y los 12 meses, son cada 2 meses (es decir, a los 8, 10 y 12 meses), cuando coinciden los controles de crecimiento y desarrollo con las inmunizaciones; la aparición de eventos madurativos y de pautas para prevención de accidentes.

Desde el primer año los controles son cada tres meses:

- 15 meses,
- 18 meses,
- 21 meses,
- 24 meses.

De los 2 a 3 años: controles cada 6 meses

Desde los 3 años: control anual.

En la consulta de control de niño sano, además de pesarlo, medirlo, evaluarle la tensión arterial y hacerle una revisión clínica completa, el médico controlará las vacunas que deben completarse a cada edad, observará cómo crece y se desarrolla el niño, y podrá despejar las dudas que tenga la familia sobre la crianza u otros temas relacionados. Se registra en la Libreta de Salud del niño (Plan Nacer) los datos sobre peso, talla, vacunas y otras informaciones de utilidad para el seguimiento de su salud, en la HC que se archiva en el CS.²⁸

Aunque existen varias opiniones respecto a la frecuencia de los controles, todas coinciden en que se realicen durante los primeros 6 meses en forma mensual. Es importante evaluar el riesgo familiar y/o el riesgo biológico del niño, para promover la citación a controles más frecuentes si es necesario. Es necesario tener en cuenta la accesibilidad de la familia para la concurrencia al centro, la disponibilidad de turnos programados en relación a las horas de atención profesional y diseñar una estrategia de organización del centro de acuerdo a los recursos disponibles. (Manfredi, L y otros, 2005: 15)

²⁸ En Ministerio de Salud de la Nación, en Portal Web Vamos a Crecer : www.msal.gov.ar/vamosacrece/index (consulta 20/07/2015)

Cabe aclarar que en esta investigación se tomará como criterio a seguir en el control de niño sano el descripto precedentemente.

2.1 Crecimiento y desarrollo

Son los aspectos a valorar en la consulta de niño sano, junto con su alimentación, inmunizaciones y la valoración de contexto familiar y social.

Cusminsky,M y Lejarraga,H (1994:3) definen por **crecimiento y desarrollo** (C y D) al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez. Este concepto implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño. Es el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo.

Además C y D constituyen excelentes indicadores positivos para evaluar el estado de salud de una población. La evaluación periódica del crecimiento, ofrece la posibilidad de observar cómo, ante una variación positiva de las condiciones de salud y nutrición, mejoran los parámetros de crecimiento físico de los niños.

Esto ha determinado que algunos autores y los organismos internacionales de salud como OMS/OPS, sugieran que este proceso es el indicador más cercano a la evaluación real de la salud, propugnando la difusión y uso de gráficas sencillas para ser utilizadas no sólo por médicos sino también por los agentes de salud, las comunidades y las madres (Cusminsky, M y Lejarraga,L 1994:4)

Se comprueba y registra que el proceso de crecimiento se lleve a cabo dentro de los parámetros normales esperados. En la consulta pediátrica de control clínico se mide peso, talla y perímetro cefálico, se percentila y se llenan los gráficos de la evolución antropométrica del infante.

Al desarrollo se lo entiende como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en completa interacción.(Cusminsky, M. y Lejarraga,L,1994:55). Dichos cambios o logros alcanzados por el niño en su desarrollo psicomotor en cada etapa, pueden evaluarse mediante pruebas sencillas²⁹ en cuatro áreas del desarrollo: personal- social; del lenguaje; motricidad fina y gruesa y cognición (Lejarraga,H. y Krupitzky, S., 1996; Lejarraga, H.y colab,2016). Dichas áreas están relacionadas con variables sociales que inciden en la tendencia de desarrollo infantil y en sus potencialidades

²⁹ Lejarraga, H, Krupitzky, S y colab. : “Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años”, Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Garrahan, Bs As, Nestle Argentina, 1996

futuras. Por lo tanto el mismo necesita de un abordaje complejo, en el cual intervienen conocimientos provenientes de diversas disciplinas.

También debería ser una preocupación la relación del niño con su ambiente familiar. Se destaca especialmente la dependencia del niño en sus primeros años de vida de la necesidad de un cuidado y participación familiar que estimulen su desarrollo. La manera como se interactúe con el niño durante los primeros años y la calidad de las experiencias que se le provean, tendrán gran impacto en su desarrollo emocional, cognitivo y social (Bastidas-Acevedo, M.; 2009: 2).

En consecuencia, aquellos programas orientados a los primeros años de vida revisten especial importancia (Colombo, J. y otros, 2007; Díaz, A., 2011). Se afirma que las influencias positivas de los programas de desarrollo del niño en la primera infancia resuenan en toda la sociedad y que programas de calidad contrarrestan efectos negativos de la pobreza sobre el desarrollo infantil, razón por la cual deberían recibir la atención prioritaria de los gobiernos, plasmada en leyes, políticas, programas y recursos (Bastidas-Acevedo, M.; 2009: 2).

Respondiendo a esta postura aparece la estrategia propuesta por OMS/OPS de AIEPI, anteriormente citada. Argentina dispone actualmente de adecuados paquetes normativos para las actividades de mayor impacto en el cuidado de los niños (vigilancia de C y D del niño y del feto (control prenatal), inmunizaciones, atención de las patologías prevalentes, prevención de accidentes y promoción de la lactancia materna). El desafío es que estas normas se usen adecuadamente en la tarea cotidiana de los servicios. Con este objetivo, durante varios años se ha insistido en la realización de actividades de capacitación en forma de talleres destinados al personal de salud como única medida para asegurar su utilización y sobre todo la capacitación en servicio, con adecuada supervisión motivadora y enfocada a problemas. (Moreno, E, 2000:11)

Existen nuevas curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento y la atención, individual y poblacional, de los niños entre el nacimiento y los 5 años de edad, adoptadas por el Ministerio de Salud de la Nación desde octubre de 2007, en reemplazo de las anteriores en uso. Esta decisión está refrendada por la Resolución Ministerial 1376/07, luego de discusiones y reuniones con expertos en crecimiento, nutrición y lactancia materna, y con el acuerdo de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Los nuevos estándares de crecimiento y desarrollo de la OMS presentan un enfoque prescriptivo, basado en el hecho de que las poblaciones infantiles crecen de manera similar cuando las condiciones de salud (nutrición, ambiente libre de tabaco, inmunización, etc.) y sus

entornos favorecen el alcance del máximo potencial genético de crecimiento. Los nuevos estándares internacionales de C y D difieren de cualquier otro patrón de referencia existente, ya que por primera vez, se cuenta con datos empíricos que reflejan la manera en que debería crecer un niño durante sus primeros 5 años de vida, independientemente de su origen étnico. (Sguassero, Y. y otros, 2007:41).

En la provincia de Santa Fe, se adoptan los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS³⁰ como nuevo instrumento de valoración antropométrica en niños de entre cero y cinco (0 y 5) años de edad en toda la Provincia. (Ministerio de Salud de Santa Fe, Resol N° 1125/2012).

Además, se cuenta en Argentina con el diseño de pruebas de pesquisa para reconocer oportunamente los problemas inaparentes del desarrollo: se dispone de la Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo (PRUNAPE), instrumento que es capaz de detectar una amplia gama de problemas del desarrollo. La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) recomienda la administración de esta prueba a todo niño menor de seis años (Lejarraga, H. y otros, 2008).

Acorde a las disposiciones anteriores, en los Centros de Salud dependientes de la Municipalidad de Rosario se utilizan formularios de Historia Clínica Familiar. Dentro de la misma se encuentra un anexo para niños y niñas, a fin de evaluar en las consultas de niño sano, el crecimiento a través de las curvas de Peso/ Edad y Talla/Edad según sexo y edad y Relación Peso /Talla (única) y Peso, Talla y Perímetro Cefálico (1er año de vida según sexo).

Para el registro del desarrollo psicomotor, se adjunta una gráfica para niños/as de 0 a 2 años, para tildar los logros observados en cada mes, teniendo en cuenta las áreas: Social, Coordinación, Motriz y Lenguaje, y para niños/as de 2 a 6 años, otra gráfica que considera los mismos ítems según edad (adaptación de Lejarraga, H. y col, 1996). Ambos instrumentos están incluidos al final de la historia clínica.³¹

En relación a la forma en que se lleva a cabo el seguimiento de la salud infantil, la misma es cuestionada por Ageitos, M. L. (2005) quien señala: *“Por razones de los servicios hemos angostado la puerta de entrada de los niños que concurren al control sano y en otros casos lo hemos convertido en un peso y una medida apresurada ligada a la entrega de leche. No es eso lo que podemos y sabemos hacer. La vida y el desarrollo integral de ese niño, de esa niña, dependerá también de nuestra mirada interesada, de cómo esa familia perciba el*

³⁰ Confirmando que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, y a los que se les garantice un medio ambiente propicio, lactancia materna, prácticas de alimentación adecuadas y atención sanitaria, poseen el mismo potencial de crecimiento (Publicado en el Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe, Resol N° 1125, del 29 de junio de 2012.)

³¹ Material en uso en los CS en marzo 2014., que fue puesto a disposición para esta investigación por la Dirección de Centros de Salud, Secretaría de Salud del Municipio de Rosario.

*interés que tenemos en ese niño, de cómo sepamos acercarnos, escuchar y comprender...*³²

Esta sanitarista además, impulsa a los equipos de salud a ampliar la mirada desde la antropometría a la evaluación de pautas madurativas, a la escucha de esa madre, al aliento de todo lo que hace bien aún en condiciones adversas y, a la corrección respetuosa de lo que hace mal. Los cuidados brindados son un alimento esencial para la buena nutrición, también la higiene, el amor, las caricias, los arrullos, el abrigo para que el niño crezca con el amor familiar.

La consulta debe incluir los aspectos ambientales del hogar, los factores de riesgo individual de cada niño y las condiciones socio afectivas en la que se encuentra la familia, según su historia, crisis y fortalezas de cada grupo familiar en particular; si alguno de los miembros convivientes necesita apoyo social que puede ser brindado por algún integrante del equipo de salud o de la comunidad. (Manfredi, L y otros, 2005: 15).

Si se sigue la propuesta que plantean Manfredi, L y colaboradores, de una mirada totalizadora del proceso de atención infantil, se considera necesario a continuación desarrollar en este trabajo, el aspecto de la integralidad, primordial pilar en la concepción de la estrategia de APS.

³² Ageitos, M.L: El niño sano, en Boletín Remediar. Atención Primaria de la Salud- Plan Federal de Salud, Vol.3 - Nº 19 – Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Agosto / Septiembre 2005, pp 4-5

3- Integralidad de la atención

La integralidad se propone como una práctica médica superadora del reduccionismo biologicista de la biomedicina. Este debate se asocia en la década de los '70 a las propuestas de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y en la búsqueda de un sistema de atención que incorpore las distintas dimensiones de los sujetos y los determinantes socio-culturales del proceso Salud-Enfermedad. (Castellanos, P.:1987)

Starfield, B. (1979) comprendía a la integralidad, en cuanto atributo de la APS, medida por medio de los servicios ofertados. También Carvalho, M. R. (1991) toma este concepto asociado a la gama de actividades, considerando al conjunto articulado de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Hortale, V. y Conill, E. además amplían la mirada de la integralidad y la definen como una directriz operacional de política de salud, que se debe expresar en la estructura y en los procesos de trabajo³³ (Hortale, V.; Conil, E. y otros, 1999).

De modo que la atención de la salud abarcará una pluralidad de factores propios del proceso de salud- enfermedad de cada individuo y de la comunidad. Así la organización o gestión de los servicios que sean pertinentes y se adecuen a la situación social que le dio origen, serían los modelos de atención que propician procesos de trabajo favorecedores de acciones más integrales. (Conill, E.; 2004:2).

Al respecto y en consonancia, Campos, G. W. sostenía que cada equipo debería tener autonomía para definir colectivamente la organización de su proceso de trabajo de la manera que juzgue más conveniente, proponer objetivos a ser negociadas con las demás instancias del sistema, metas cualitativas de cobertura, con integralidad de las acciones, defendiendo desde la esfera pública el derecho a la salud. (Campos, G. W.1990: 40)

La preocupación por la totalidad-integralidad como enfoque, desde hace unas décadas, coincidió con el momento en que el énfasis estaba siendo recolocado en el proceso salud-enfermedad. La vida de los pacientes en su totalidad, podría ser objeto de la consulta médica (Bonet, O. 2005:165) En este contexto nace la medicina de familia y la medicina generalista, por el compromiso que se tiene con la persona y no con parte de ella o con un cuerpo de conocimiento.

Asimismo, Hartz, Z. y Contandriopoulos, A. (2004:5331) contemplan a la integralidad como principio ordenador de la organización de las intervenciones en salud, que remite a la coordinación y cooperación entre proveedores de prácticas sanitarias destinadas a quienes

³³ Hortale VA, Conill EM, Pedroza M. : "Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde". *Cad Saúde Pública*, 1999; 15:79-88 citado en Conill, E. M.: "Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde" *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004, 20(5)

sufren problemas de salud, propio de una gestión eficiente y responsable de los recursos colectivos. A partir de esta concepción, se facilita la continuidad y la globalidad de los servicios requeridos de diferentes profesionales y organizaciones, articulados en un tiempo y espacio concreto y conforme a los conocimientos disponibles. Se podría postular que esta perspectiva es de aplicación válida para la atención de la salud infantil, a cuenta de los elementos considerados por los autores citados.

En Brasil, la integralidad constituye uno de los pilares filosóficos de la propuesta del Sistema Unificado de Salud (SUS), ejerce una omnipresencia pluridimensional que impone una visión ampliada sobre el hombre, la salud y su cuidado, traducida en necesidades múltiples sobre un objeto dado. (Cecilio, LCO., 2002; Bosi, MLM y Uchimura, K.Y, 2007).

Acorde al desarrollo anterior, Starfield, B. (2002:49) propone, ampliando el concepto de integralidad, considerar al abanico de servicios disponibles y prestados en atención primaria. Este primer nivel, es el responsable de todos los problemas de salud; y aunque se referencien a los equipos de nivel secundario o terciario, el nivel de atención primaria permanece co-responsable. Además de la vinculación con otros servicios de salud, pueden hacer uso de las visitas domiciliarias, reuniones con la comunidad y de la acción intersectorial.

Siguiendo la propuesta del planteo anterior, sobre el principio de **integralidad** de la atención, Conill, E. (2004:4) se posiciona en el mismo, como un conjunto vasto de acciones, un acompañamiento ampliado y diferenciado de los individuos apenas consultan. Utiliza cuatro dimensiones correspondiendo a campos de intervención distintos: 1) primacía de acciones de promoción y prevención (campo de política de prioridades); 2) garantía de atención en los tres niveles de complejidad de la asistencia médica (campo de la organización de la atención); 3) articulación de las acciones de promoción, prevención y recuperación (campo de la gestión) 4) abordaje integral del individuo (campo del cuidado individual).

Luego del recorrido teórico con el aporte de los autores citados, en este trabajo de investigación se toma a la integralidad, según el planteo de Conill, E. como el modo de organizar las prácticas, teniendo en cuenta los cuatro campos de intervención desarrollados por la autora. Se considera que estos ejes pueden considerarse como los más abarcadores de las acciones a coordinar dentro del proceso de atención de la salud infantil en los CS, y posibles de ser valorados por los miembros del equipo de salud y los gestores de los mismos.

4. Aceptabilidad de la atención

La **aceptabilidad** refiere a la valoración de las expectativas sociales con respecto a la intervención, a las necesidades y valores de los usuarios o destinatarios (Aronna, A. y Luppi, I., 2006:11).

Las necesidades y problemas de salud que son atendidos en el ámbito de la atención primaria tienen características distintas de los que son abordados en los hospitales. En las consultas de APS, se atiende una gran variedad de problemas de salud y en bastantes ocasiones es difícil o imposible etiquetar con un diagnóstico preciso el motivo o motivos por los que acude el paciente (Martín Zurro y otro, 2011: 8).

La demanda como manifestación de las necesidades que posee una comunidad estaría compuesta por el conjunto de expectativas existentes en un momento dado en una población o grupo, respecto al tipo de beneficios o servicios que conciernen a una determinada institución. Pero también existen en las personas, diferencias culturales y sociales en la forma en que definen sus necesidades y los problemas de salud.

Tomando el aporte de Testa, M. (1993:22), éste refiere que la necesidad de la atención puede ser percibida o no, ser expresada o no. Cuando ésta es percibida, se concretiza en la demanda de un servicio a través de una prestación. Es posible y más sencillo medir la demanda manifiesta que el concepto de necesidad. Se debe tener en cuenta que en toda comunidad existen necesidades que no acceden al sistema sanitario y no se evidencian en el efector de la salud.

Asimismo, Rovere, M. (2006:24) propone considerar la heterogeneidad de las demandas, la heterogeneidad de las expectativas de la gente, y de lo que demanda y reclama; lo cual a su vez tiene que ver con la capacidad del sector salud de dar respuestas también heterogéneas y esta capacidad requiere de una enorme flexibilidad, mucho mayor en el primer nivel de atención.

El modo de percibir la salud-enfermedad condiciona asimismo, los tipos de ayuda a buscar y las prácticas desarrolladas para el cuidado, donde *“en un juego dialéctico tanto la representación del estar sano o enfermo como las experiencias previas, configuran los procesos de toma de decisiones evaluando las distintas alternativas”* (Sacchi, M. y otros, 2007:277).

Al respecto Cecilio, L.C. (2001:114) trabaja sobre la conceptualización de *necesidades en salud*, a ser apropiada por los trabajadores del área de salud, para dar sentido a sus intervenciones y prácticas. Los cuatro conjuntos de necesidades a considerar por el autor citado son: 1) tener buenas condiciones de vida; 2) acceso a poder consumir toda la tecnología

capaz de mejorar o prolongar la vida; 3) la creación de vínculos (a)efectivos entre cada usuario y un equipo o profesional; y 4) tener un creciente grado de autonomía en su vida.

En consonancia es válido recordar, que a juicio de Frenk, J. (1993:22), lo que da sentido a la salud pública es la apertura fundamental a la preocupación permanente por aprehender las necesidades de salud de la población y por aprender de ellas.

Aquí aparecen entonces, dentro del concepto de aceptabilidad, la asociación con el planteo de integralidad desarrollado en el punto anterior, donde las respuestas a las necesidades en salud, tienen que ver con el campo de políticas de prioridades y del campo de gestión que trabaja Eleonor Conill (2004). Queda explícito además, que se reconoce a la aceptabilidad, una vez lograda la accesibilidad a la atención demandada.

Desde la atención primaria de la salud, se considera que la accesibilidad depende de los modos por los cuales esos servicios se organizan para atender a la población y está ligada a la localización geográfica de los equipos de salud, a su cultura funcional (formas o medios por los cuales los servicios se relacionan con los hábitos y costumbres de la población usuaria) y a los aspectos económicos y estructurales del sistema de salud (Mendes, V.F., 1995:44). Al respecto es dable considerar a la competencia cultural (Betancourt, J., 2004, citado por Alarcón Muñoz, A. y otro, 2005:444), entendida como el proceso de atención centrado en las características de la población, y que otorga respuestas efectivas a las necesidades, valores y preferencias de los pacientes.

Los aportes y reflexiones de los distintos autores permiten encuadrar este trabajo y sostener al objetivo de valorar la aceptabilidad de los responsables de los niños usuarios o destinatarios de la atención en los centros de salud en estudio, respecto del seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil, teniendo en cuenta las necesidades y percepciones que expresaron las madres en las entrevistas. En esta investigación se consideran a las necesidades como la forma en que expresan o perciben los problemas y/o carencias, manifestadas en forma de demanda; y las percepciones como apreciaciones personales respecto del proceso de atención de la salud infantil en el CS.

IV -CONTEXTO DEL ESTUDIO

El sub-sector público de la salud de la ciudad de Rosario está compuesto por dos administraciones: provincial y municipal que actúan con modalidades prestacionales diversas y diferentes estructuras administrativas, aunque los efectores y niveles de salud de ambas administraciones se articulan sosteniendo redes de información, coordinación y cooperación.

En la actualidad se organiza en diferentes **niveles de atención**, conformando una red de servicios de Salud Pública Municipal.

El **primer nivel** constituye el espacio de mayor resolutiveidad; es la puerta de entrada de los pacientes a la red y localización de los equipos de referencia en las especialidades básicas. En Rosario la Atención Primaria de la Salud (APS), está integrada por los denominados Centros de Salud. Los mismos se encuentran anclados en espacios geográficos que permiten a la población con mayores necesidades, la accesibilidad rápida a la atención sanitaria.

La Dirección de APS se crea en 1990 (Decreto Municipal N° 0769). Desde el año 2010 se denomina Dirección de Centros de Salud (DCS). Resol N° 2378 (18/11/2010). Está conformado por 50 Centros de Atención Primaria Municipal y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente. Están ubicados en zonas de mayor vulnerabilidad social, los cuales se encuentran en los seis distritos de la siguiente manera: en el Distrito Norte existen siete; en el Distrito Noroeste: once; en el Distrito Oeste: once; en el Distrito Sudoeste: trece; en el Distrito Sur: seis; y en el Distrito Centro: uno.

De acuerdo a lo establecido por la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario,³⁴ un Centro de Atención Primaria, es un escenario de la vida cotidiana, en el que se desarrolla un vínculo entre un equipo terapéutico y la comunidad, cuyo resultado es poder sostener un trabajo clínico e interdisciplinario que trate los problemas de salud desde un punto de vida holístico. Los Centros de Salud, ejercen una responsabilidad activa en relación a su área de influencia, potencian el contacto con la comunidad identificando aquellas barreras a la accesibilidad de tipo física, geográfica, cultural y organizacional, así como la infraestructura de los servicios y el acceso a la información. Cada CS constituye un sistema que tiene un perfil único de acuerdo a las relaciones que se establecen entre la demanda y la oferta propias de esa comunidad.

La acción basada en la estrategia de atención primaria y en este marco, el modelo de promoción de la salud aporta una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. Esto implica trabajar cotidianamente en

³⁴ Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario En sitio web: www.rosario.gov.ar/sitio/salud/sistemasalud1. (consulta 28/08/2013)

un proceso que permite a las personas tener mayor autonomía sobre su propia vida y al mismo tiempo mejorarla.³⁵

El **segundo nivel** de atención está conformado por tres hospitales generales (polivalentes) y de mediana complejidad: Hospital Juan Bautista Alberdi (Zona Norte), Hospital Dr. Roque Sáenz Peña (Sur) y Hospital Intendente Carrasco (Oeste); un Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica y de Adultos; dos Maternidades que son la Maternidad Martín y el Servicio de Obstetricia del Hospital Roque Sáenz Peña (Maternidad que funciona en el hospital general); un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). También se incluye en este nivel al Policlínico General San Martín.

Forman el **tercer nivel**, el Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez (H.E.C.A.) y el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, ambos constituidos por áreas de mayor tecnología y alta complejidad. Existe también un Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (S.I.E.S.).

Se complementa con la red provincial de atención, la que se constituye con los siguientes servicios y efectores: Hospital del Centenario, Hospital Provincial y el Hospital de Niños “Zona Norte” y 30 centros de salud ubicados en distintos barrios.

Desde 2007 se trabaja para sostener la integración entre las efectoras municipalidades y provinciales en todos los barrios, potenciando el sistema de salud pública local.

La descentralización político - administrativa del municipio fue definida como estilo de gestión para la ciudad de Rosario.³⁶ El **Distrito** conforma el área de influencia de cada Centro Municipal de distrito y es un territorio más acotado para precisar las siguientes cuestiones: la organización de las tareas vinculadas a la desconcentración funcional y operativa de servicios; la coordinación de las actividades a desarrollar por las distintas áreas (Salud, Promoción Social, Cultura, etc.); la organización de las estructuras comunitarias, encuadradas en el nuevo modelo de Gestión y la redefinición de las políticas públicas a impulsar por esta administración.

Los efectores de salud adoptaron esta división, tanto para el análisis epidemiológico, económico y social como para la optimización de sus recursos. Cabe destacar la concepción de redes que atraviesa toda la organización de la Salud Pública. Esta implica la articulación de todos los efectores de la salud entre sí y con otros sectores. La descentralización, desde la lógica del gran establecimiento hacia los pequeños centros, y de estos a la comunidad, permitió una capacidad resolutoria de la red que se traslada a todos sus efectores.

³⁵. Municipalidad de Rosario. Red de Salud. En sitio web: www.rosario.gov.ar/sitio/salud/sistemasalud1. (consulta 20/07/2015)

³⁶ Municipalidad de Rosario / Descentralización: conformación de los Distritos. - en www.rosario.gov.ar (fecha de acceso 08/06/08).

Modelo de gestión de la Salud

Salud y calidad de vida guardan una estrecha relación con el medio ambiente físico, social, laboral y con los factores socioeconómicos y culturales. Desde esta perspectiva, la ciudad se propone un trabajo integrador para la construcción de opciones y entornos saludables. Las directrices que guían este proceso son la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud, según lo documenta la página virtual de la Municipalidad de Rosario.³⁷ Los ejes de trabajo son:

- Prácticas en función de las necesidades del barrio.
- Estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios.
- Organizaciones democráticas con la participación de trabajadores autónomos y responsables.
- Participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y la toma de decisiones.
- Programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos.

Este enfoque responde a la necesidad de instalar una visión dinámica de funcionamiento intersectorial, horizontal y multidisciplinario.

1- El Distrito Noroeste

1.1 Historia

El sector delimitado como Distrito Noroeste³⁸ comenzó a poblarse en 2 sectores, pequeños poblados que luego fueron absorbidos por la ciudad: el pueblo fundado por Fisher, llamado luego Fisherton, y Pueblo Eloy Palacios, que luego fue llamado Barrio Vila y ahora Barrio Belgrano.

Tiempo después se fueron conformando los barrios Azcuénaga, Ludueña y Empalme Graneros. Al completarse la trama urbana a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, se formaron los restantes barrios: Larrea, Fisherton R, Antártida Argentina, Los Gráficos, 7 de Septiembre, Fisherton Norte, Fisherton Este, Los Unidos, Fundación Banco Municipal, Solidaridad, Santa Lucía “vieja”, Martínez Estrada, Hostal del Sol Este, Emaús, Stella Maris,

³⁷ Municipalidad de Rosario. Modelo de Gestión en Salud. En www.rosario.gov.ar . (fecha de acceso 28/08/13)

³⁸ Municipalidad de Rosario. Distrito Noroeste en www.rosario.gov.ar/sitio/gobierno/datosdistrito (fecha acceso 28/08/2013)

Santa Rosa, Floresta, Tango, Lomas de Fisherton, Hostal del Sol Oeste, La Esperanza, San Eduardo y Portal de Aldea.

El sistema vial primario que vincula al distrito con el resto de la ciudad está conformado por la Av. Eva Perón y Av. Circunvalación. El segundo sistema de conexión vial está integrado por Bv. Wilde y Av. Provincias Unidas. Av. Newbery, Sorrento, Av. Génova, J. J. Paso, Vélez Sarfield, Junín, Mendoza y Av. Pellegrini, son las demás arterias de comunicación territorial. El sistema ferroviario (ex FFCC Mitre y ex FFCC Belgrano), que en su origen y por varias décadas sirvió de nexo territorial, hoy conforma un sistema de elementos que frenan la comunicación (accesibilidad) entre distintos barrios del distrito y la ciudad.

Sus límites son: Norte: límite del Aeropuerto, calle N° 1409 y límite norte del Parque de los Constituyentes. Este: vías del ex FFCC Belgrano, calle Santa Fe y vías del ex FFCC Belgrano (Futura Troncal). Sur: Av. Pellegrini, Av. de Circunvalación, Camino Pasco, Camino de los Muertos, Camino Cochabamba y límite del Municipio y Oeste: Arroyo Ludueña y límite del Municipio.

El Centro Municipal de Distrito Noroeste "Olga y Leticia Cossettini",³⁹ inaugurado el 18 de septiembre de 2006, se encuentra emplazado en un predio con significativa vegetación, anteriormente ocupado por una fábrica. Tomó su nombre de quienes llevaron adelante una de las experiencias pedagógicas más innovadoras del país, la "Escuela Nueva".

1.2 Datos socio-demográficos

Con una superficie de 43,82 km² (24,52% del total) y una densidad de población: 3.896,96 habitantes/km², la población del Distrito Noroeste representa el 18,01 % de la ciudad, con 170.765 habitantes. Cantidad de viviendas: 49.950.⁴⁰

Es eje de actividades comerciales e industriales, conformándose como un distrito heterogéneo en cuanto a condiciones de vida muy diferenciadas con cuatro áreas: conjuntos habitacionales, áreas para actividades recreativas privadas, asentamientos irregulares muy importantes (30.000 habitantes) y concentraciones productivas. Este distrito tiene un porcentaje de población con NBI superior a la media de la ciudad.

Rosario pasó del 10,7 por ciento de hogares con NBI en el año 2001, a un 6 por ciento de hogares con NBI en el año 2010.

³⁹ Municipalidad de Rosario / Centro Municipal de Distrito Noroeste Olga y Leticia Cossettini - en www.rosario.gov.ar (fecha de acceso 28/08/13).

⁴⁰ Los datos de Población y Viviendas corresponden al año 2010 (relevados por el Censo Nacional de Población, hogares y viviendas). www.rosario.gov.ar/sitio/gobierno/datosdistritos (consulta 15/07/14)

Según datos 2010, es el Distrito con mayor población infantil de 0 a 4 años, con 12.921 niñas y niños superando a los distritos Oeste, Centro y Sur. El índice de Infancia señala cuanta población hasta 4 años hay con respecto a la población total. El valor total del Municipio es de 23,4 %, siendo el del distrito NO de 26,7%.

El Índice de Maternidad establece la relación entre menores de 5 años y mujeres en edad reproductiva, que ofrece una aproximación al índice de fecundidad. El valor del Municipio es de 27.9 %, mientras que el índice del distrito en estudio es de 33,1 %, es decir 33 menores de 5 años por cada 100 mujeres en edad fértil (Informe Colegiado de APS, Dirección de Bioestadística, Rosario, 2012)

En relación a la situación nutricional de los niños, según el Tercer Censo de Talla en escolares de primer año de la EGB, en el año 2003, realizado por la Secretaría de Salud Pública de Rosario en conjunto con UNICEF y el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe, permitió establecer que la proporción de escolares con Talla Baja y Muy Baja alcanzó el 16.1% para la ciudad, correspondiendo al Distrito Noroeste el 17, 5 %.

La mortalidad infantil en este distrito es de 9,22 por mil mientras que la tasa de total del Municipio de 10,62 por mil. La estructura poblacional es de joven pero su pirámide poblacional es estacionaria. (Aronna, A. y Martinelli, B., 2005)

2- Los Centros de Salud: su caracterización

La atención que se brinda en la mayoría de ellos, comprende medicina general y clínica, pediatría, odontología, tocoginecología, salud mental, enfermería, trabajo social, entre otras. Se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Se constituyeron “equipos de referencia” (clínico o generalista y un enfermero) con población a cargo que se complementó con un proceso de “adscripción”, que se va construyendo desde el vínculo. Esta tarea la asumió el equipo, priorizando inicialmente a los pacientes que estaban en mayor riesgo. El resto de los profesionales (psicólogo, trabajador social, odontólogo, toco ginecólogo) operan desde una organización matricial, en relación a garantizar un vínculo longitudinal con los otros niveles de atención. Aparecen prácticas innovadoras como la visita domiciliaria, la internación domiciliaria, la gestión de turnos desde el centro de salud para el segundo nivel de atención.

Rovere (2000:155-156) describe rasgos que caracterizan el área de APS de Rosario, como es la identificación de los grupos más vulnerables a través de los estudios socio-epidemiológicos, junto con la capacitación del personal. Además se reorganiza el proceso de trabajo sustentada en el desarrollo de dispositivos técnico-burocráticos, tales como: historias clínicas familiares, carné infantil perinatal y de planificación familiar, formularios de interconsulta, implementación de la referencia y contrarreferencia, normas de entrega de alimentos, turno programado para las actividades de prevención y control terapéutico, talleres de formación y coordinación.

Es de destacar la responsabilidad del primer nivel de atención respecto de la atención de cada paciente en todos los niveles que se requieran, asumiendo la derivación y obtención de turnos (Rovere, 2000:181) Además, por su cercanía con la gente otorgan una mayor potencia para leer la complejidad de los problemas en su integralidad, con un vínculo estable, continuo y permanente, responsabilizándose por los resultados de sus prácticas durante todo el proceso de atención.⁴¹

Los pacientes pueden ingresar al circuito de atención del centro de salud de dos maneras ya sea solicitando un turno, en cuyo caso se habla de adscripción o a través de la consulta con enfermería, donde se habla de admisión. La adscripción implica que cada paciente, en algunos casos la familia, que asiste al Centro de Salud posea un equipo de referencia para su atención; éste se basa en el accionar conjunto de un médico y un enfermero quienes serán los encargados de coordinar y realizar el seguimiento de la salud de este paciente o de esta familia; es con este equipo con quien se programa la atención por medio de un turno.

Mientras, la admisión busca crear “....un espacio de escucha abierta y flexible, todo el día, de las necesidades de la gente que está llegando y reconvertir esa demanda en una respuesta que se sustente en una evaluación integral de la situación de la persona y no solamente en su motivo de consulta.... De lo que se trata es de garantizar el seguimiento de aquellos que pueden programar (su consulta) y de la utilización de toda circunstancia de contacto con el centro de salud como puerta de entrada a un abordaje integral del problema que se diagnostica, más allá de la demanda del paciente....” (Ferrandini, D., 2003: 247)

La participación de los vecinos sirvió para aprender y facilitar nuevas propuestas en salud ligadas a las experiencias del presupuesto participativo, a partir de las asambleas de la comunidad en el distrito. Se desarrollan programas promoviendo la participación comunitaria: control de embarazo, inmunizaciones, control del niño sano, desnutrición, programa SANAR, entre otros.

⁴¹ Red de Salud. Municipalidad de Rosario En sitio web: www.rosario.gov.ar/sitio/salud/sistemasalud1. (consulta 20/07/2015)

Los Centros Crecer, actualmente denominados Centros de Convivencia Barrial (CCB) articulan con los CS el control periódico de crecimiento y desarrollo de los niños de 2 a 4 años. Los niños diagnosticados como desnutridos por los CS son derivados para la concurrencia a dichos centros. (Martinelli, B. y Tessi,V, 2003)

Las consultas por control y vacunación se registran nominalmente en el SICAP (Sistema de Información de Centros de Atención Primaria)⁴² que permite realizar un seguimiento del cumplimiento del calendario ante el eventual cambio de centro de salud o pérdida del carné de vacunación.

2.1 Centros de Salud del Distrito Noroeste

En la actualidad son once Centros de Salud:

Centro de Salud "Ceferino Namuncurá"	INGENIEROS JOSE 8590	Tel. 4807842
Centro de Salud "Dr. Roque Coulin"	HUMBERTO 1° 2033	Tel. 4804819
Centro de Salud "Emaús"	URDINARRAIN 7900	Tel. 4807804
Centro de Salud "Jean Henry Dunant"	AGNETA TTE. ALFREDO 1439	Tel. 4807808
Centro de Salud "Juana Azurduy" B° Empalme Graneros	FRAGA CNEL. ROSENDO MARIA 1087 bis	Tel. 4804815
Centro de Salud "Lic. José Raúl Ugarte"	1635 980	Tel. 4807689
Centro de Salud "Vecinal Angel Invaldi"	ECUADOR 645 bis	
Centro de Salud "Vecinal Antonio Paravano"	BURUCUYA 929 bis	
Centro de Salud "Vecinal Ludueña Norte y Moreno"	JUNIN 5236	Tel. 4351530
Centro de Salud "Vecinal Víctor Cué"	PASO JUAN JOSE 5490	Tel. 4388990
Centro de Salud Dra. Ferrandini	PROVINCIAS UNIDAS 150 bis	Tel. 4807680

⁴² Red de Salud, ibidem

El Policlínico “Gral San Martín ubicado en Chubut 7195, situado dentro de este distrito, es el centro de salud de atención primaria municipal más grande de la ciudad. Cuenta con características diferentes al resto de los centros de salud porque tiene recursos de mayor complejidad. Atiende población de la zona y es centro de referencia de otros centros de salud de los distritos Oeste y Noroeste, que derivan principalmente a especialistas, radiografías, ecografías, guardia, etc.

Actividades de promoción de la salud

En los Centros de Salud que corresponden al distrito, es de destacar que desde 2005 se realizan Talleres de acompañamiento de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 3 años de edad. Dicha propuesta fue aprobada mediante la votación que realizaron los vecinos en el Presupuesto participativo, a partir de las asambleas de la comunidad en el distrito.

Los Talleres están integrados por equipos interdisciplinarios constituidos por fonoaudiólogos, pediatra, psicólogos, odontólogos y especialistas en estimulación, para abordar las distintas problemáticas. Este equipo de profesionales, interdisciplinariamente, realizan acciones de promoción y prevención de la salud (Ghinghini, M y Sileo, R 2008).

2. 2. Producción y cobertura de los CS del Distrito Noroeste

El sistema de información específico para los CS permite identificar consultas ambulatorias a través de códigos específicos. Esta información posibilita evaluar productividad de servicios y a la vez construir perfiles de consultas, pero sin identificar individuos o población por sus principales motivos de consulta. Mensualmente los CS envían las planillas de consulta diarias debidamente completadas al Departamento de Estadísticas de APS, produciéndose el consolidado con el cierre del año calendario, con lo cual la información retorna al CS un año después (Aronna, A. y otros, 2011:38,39).

Asimismo, en un documento elaborado por la Dirección de Centros de Salud en 2012, se proponía suministrar a los efectores de atención primaria información sobre lo producido en forma cotidiana con la intención de “propiciar el reencuentro del equipo con sus propias prácticas”.⁴³

En el año 2012 las consultas de todos los CS de la ciudad de Rosario alcanzaron la cifra de 425.596 consultas, siendo de 101.126 las consultas totales de los CS del Distrito NO,

⁴³ Documento de trabajo. Dirección de Centros de Salud. SSP. Municipalidad de Rosario, 2012. En Mansilla, C. y otros: “Lo real del trabajo. En la búsqueda de información sanitaria para la gestión”. *Investigación en salud*. Secretaría de Salud Pública Municipal Vol. 10 - N° 1- Rosario, Enero- junio de 2013, pp 85-95

ubicándose este distrito en el 2do lugar con el 23,40 %, luego del Distrito Sudoeste, por cantidad de consultas realizadas.

En el año 2013 las consultas totales de todos los CS de Rosario llegan a 380.053 consultas, correspondiendo a los CS del Distrito Noroeste 75.959 consultas, representando el 19,9 % y ocupando el 3er lugar, luego de los Distritos Suroeste y Oeste.

En 2014⁴⁴, descienden a 365.100 consultas totales en todos los CS de Rosario, y según datos disponibles las consultas en los CS del Distrito Noroeste son de 49.510, ocupando el cuarto lugar (13,56 %) en cantidad luego de los Distritos Sudoeste, Oeste y Norte.

En cuanto a las consultas de Control Niño Sano, se cuenta con datos del año 2009 con el registro de 87.267 consultas en los CS de todos los distritos, mientras que en el Distrito NO fueron 17.813 consultas de Control Sano, constituyendo el 20,41% del total (Informe Boletín APS 2009). Si se tiene en cuenta que se realizaron 26.604 consultas de niños de 0 a 4 años en los CS de este distrito, el Control Sano como práctica asistencial representó significativamente el 66,95 % de las mismas.

En los años siguientes no se encontraron datos claros disponibles sobre consultas de control de salud en niños en los CS del distrito. El sistema informatizado comienza a implementarse en el año 2012, momento en el que se incorporan a los CS nuevos insumos informáticos para el cargado de la información.

En el año 2013 se registraron por sistema informatizado 1289 consultas de niños de 0 a 4 años en todos los CS del Distrito NO, lo que supone un sub-registro por el cargado parcial por parte de los profesionales de los CS al SISR (Sistema Informático de Salud Rosario), cuya información luego migra al SICAP (Sistema de Información de Centros de Atención Primaria).

Los datos facilitados en el año 2014 por el subdirector de Centros de Salud a partir de niños bajo cobertura de vacunación⁴⁵ dan cuenta que en los CS seleccionados hay:

- CS Emaús : 869 niños de 0 a 4 años y 11 meses bajo cobertura
- CS Ferrandini: 1134 niños de 0 a 4 años y 11 meses bajo cobertura

Centro de Salud EMAUS

Se dispone de datos desde el año 1993, en tal momento se registraron sobre un total de 5674 consultas, 2463 consultas pediátricas.⁴⁶ Luego en el año 2006 se incrementa en 16.798

⁴⁴ Consultas en Centros de APS según distrito, en Indicadores de Gestión de la red de Servicios de Salud. Dirección de Estadística, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Año 2014.

⁴⁵ Fuente: SICAP. Secretaria de Salud. Municipalidad de Rosario. Lectura (11/11/2014).

consultas anuales, de éstas 4.286 correspondieron a consultas pediátricas, según el Boletín de Estadística de la Secretaría de Salud Pública.

En el año 2009, el total fue de 11.579 consultas (Informe Boletín APS Año 2009)

En el año 2012 las consultas totales del CS llegaron a 12.549; en el año 2013 fueron 15.658 consultas y en el año 2014 descienden a 14.724 consultas.⁴⁷

En cuanto a consultas en niños de 0 a 4 años en este CS, en el año 2013 fueron de 530 consultas registradas en el sistema, teniendo en cuenta que la mayoría de los Centros de Salud en ese momento cargaban parcialmente dicha información al SISR.

Respecto a Control Niño Sano, en la información consolidada a la que se tuvo acceso, en el año 2012, con el código Z001: “Control de Salud de Rutina del Niño” se relevaron 298 consultas y en el año 2013 se registraron 236 consultas de control sano en este CS. Estas cifras también suponen un sub-registro por carga incompleta de datos.

Centro de Salud Dra. FERRANDINI

El Centro funciona junto al Centro Municipal de Distrito Noroeste “Olga y Leticia Cossettini”, fue inaugurado a fines del año 2006.

No hay registros de estadística del año 2009 en este CS.

En el año 2012, se atendieron 8.006 consultas generales.

En el año 2013 descienden a 2765 consultas totales.

En el año 2014 se informaron 574 consultas, ya que fueron cargados al sistema sólo los meses de octubre y diciembre.

En cuanto a consultas de niños de 0 a 4 años, durante el año 2013, fueron 23 consultas registradas en el sistema informatizado y las consultas de “Control de Salud de Rutina del Niño”⁴⁸ apenas ascienden a 15 consultas.

⁴⁶ “En 2003 se atendieron entre 200 y 250 consultas diarias”(Entrevista al Jefe del CS Emaús, en Construcción de Salud según sus protagonistas-Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, 2003:266).

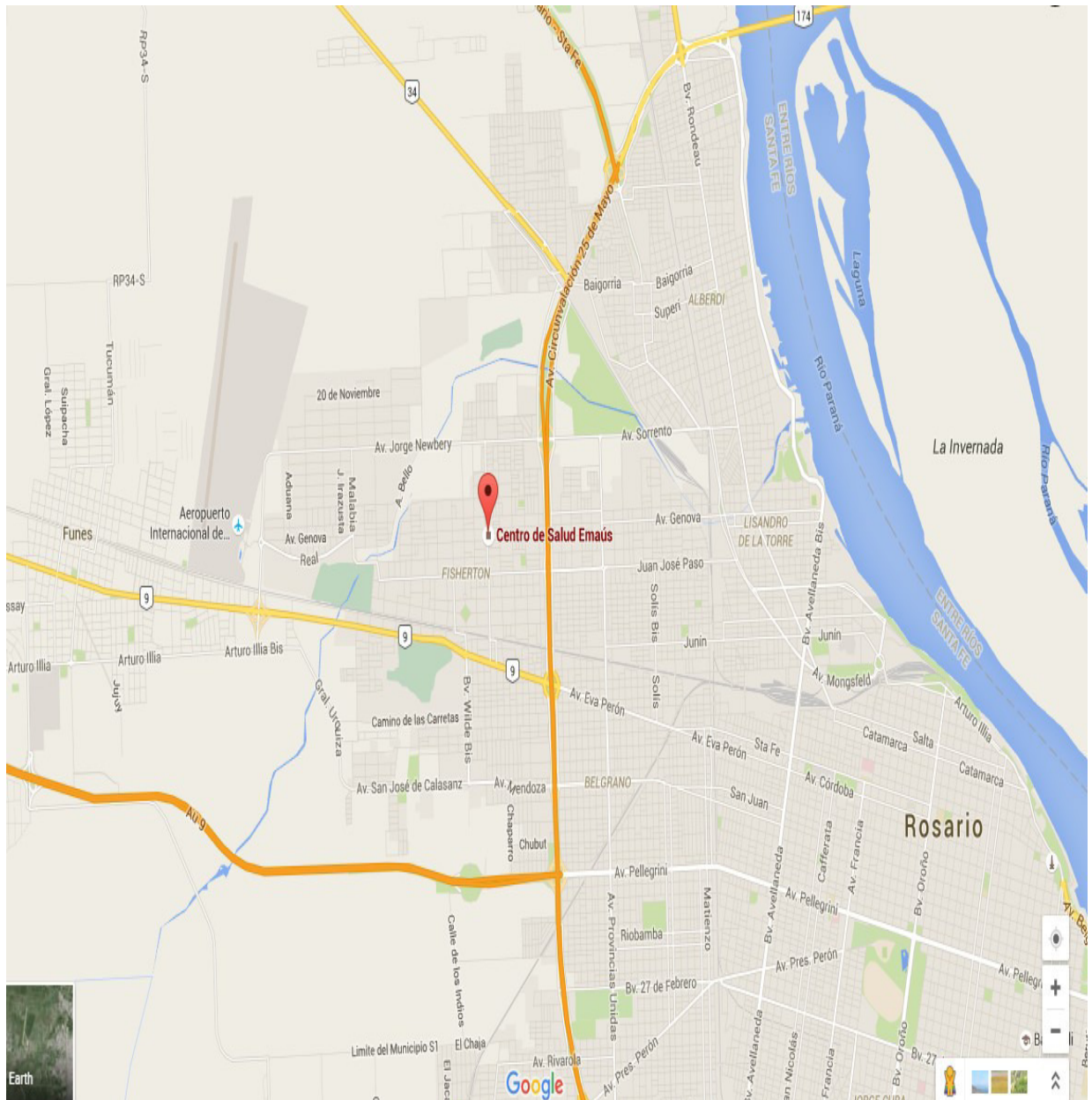
⁴⁷ Fuente: Área Estadística. Secretaría de Salud Pública Sistema informatizado de Salud. Datos ingresados al 22/03/17: “En 2013 los totales de consultas por planillas son superiores a los informatizados y la desagregación por edad, sexo y control niño sano está subestimado ya que sólo se puede sacar por sistema. En ese año aún no se había completado la informatización en su totalidad. El dato edad muchas veces era ilegible en las planillas, por ello a nivel central no se cargaba” (Comunicación personal de un profesional de la Dirección de Estadística de la Secretaría de Salud Pública).

⁴⁸ Se verifica igual situación del CS Emaús. Fuente: Área Estadística. Secretaría de Salud Pública Sistema informatizado de Salud

Aparece un momento de quiebre, por este período, entre la información relevada de las planillas que llegan de los centros de APS a Bioestadística y la carga de los profesionales en el sistema informático.

3- OBSERVACION Y DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD SELECCIONADOS

3.1 Centro de Salud Emaús



Ubicación: Cortada Urdinarrain 7900, esquina Tarragona.

Horario de atención actual: de 8 a 19 hs

En 1993 ya contaba con 10 profesionales: 4 clínicos, 2 gineco-obstetras, 3 pediatras y 1 psicólogo y odontólogo.

A partir de la observación en terreno es posible puntualizar que actualmente el equipo de salud está conformado por: seis médicos generalistas en total, incluido el mismo Jefe del CS y dos residentes de Medicina General (R1 y R2); una pediatra, un odontólogo y dos

concurrentes de Odontología, una psicóloga, una licenciado en fonoaudiología, una trabajadora social, tres enfermeros, una farmacéutica, dos administrativas y dos mucamas.

Descripción edilicia: Cuenta con 5 consultorios, uno para atención de odontología. Están equipados con camilla, armario con el instrumental correspondiente, pequeño escritorio y sillas.

Una oficina administrativa pequeña a la entrada, donde se encuentra el fichero de historias clínicas familiares (HCF) y una computadora. Apenas se ingresa está la ventanilla de atención al público de la farmacia; el espacio de enfermería para vacunación y curaciones; la sala de espera amplia equipada con bancos largos de madera, el baño para el público y un depósito de residuos patológicos.

En sus paredes hay carteles con avisos de actividades como: Taller de cepillado; afiche con los días que atienden los distintos profesionales; las actividades del Centro de Convivencia Barrial (CCB) o de Promoción Social, Deporte y Recreación del Municipio; afiche grande de Kinesiología con recomendaciones para pacientes con lumbalgia.

Al final del espacio esta el SUM, salón de usos múltiple, amplio con un baño para el personal, mesada con anafe, heladera; armarios con carpetas y mesa de reuniones. En el mismo se observa en la pared el mapa del distrito; un mural con diez bolsillos con nombres de los profesionales donde se deja documentación para cada uno; un friso con carteles y teléfonos de distintas instituciones y organismos; el listado rotativo de revisión de bolso de Urgencias, que designa responsabilidad de un profesional por mes; cartel con el total de PAP del año.

Hay colchonetas y almohadas para el trabajo de los concurrentes de Kinesiología, que asisten dos horas por semana.

Se observa también un pequeño patio interno con espacio verde. Desde el exterior se accede por calle Tarragona esquina Urdinarrain, asfaltadas ambas arterias; la vereda es angosta de material, con cordón cuneta abierta como el resto del barrio. En las paredes del frente se destaca un mural pintado representando manos, muy colorido. Las ventanas que dan a la calle están reforzadas con rejas y posee alarma. Tiene un personal de seguridad privada permanente en la puerta de entrada del CS.

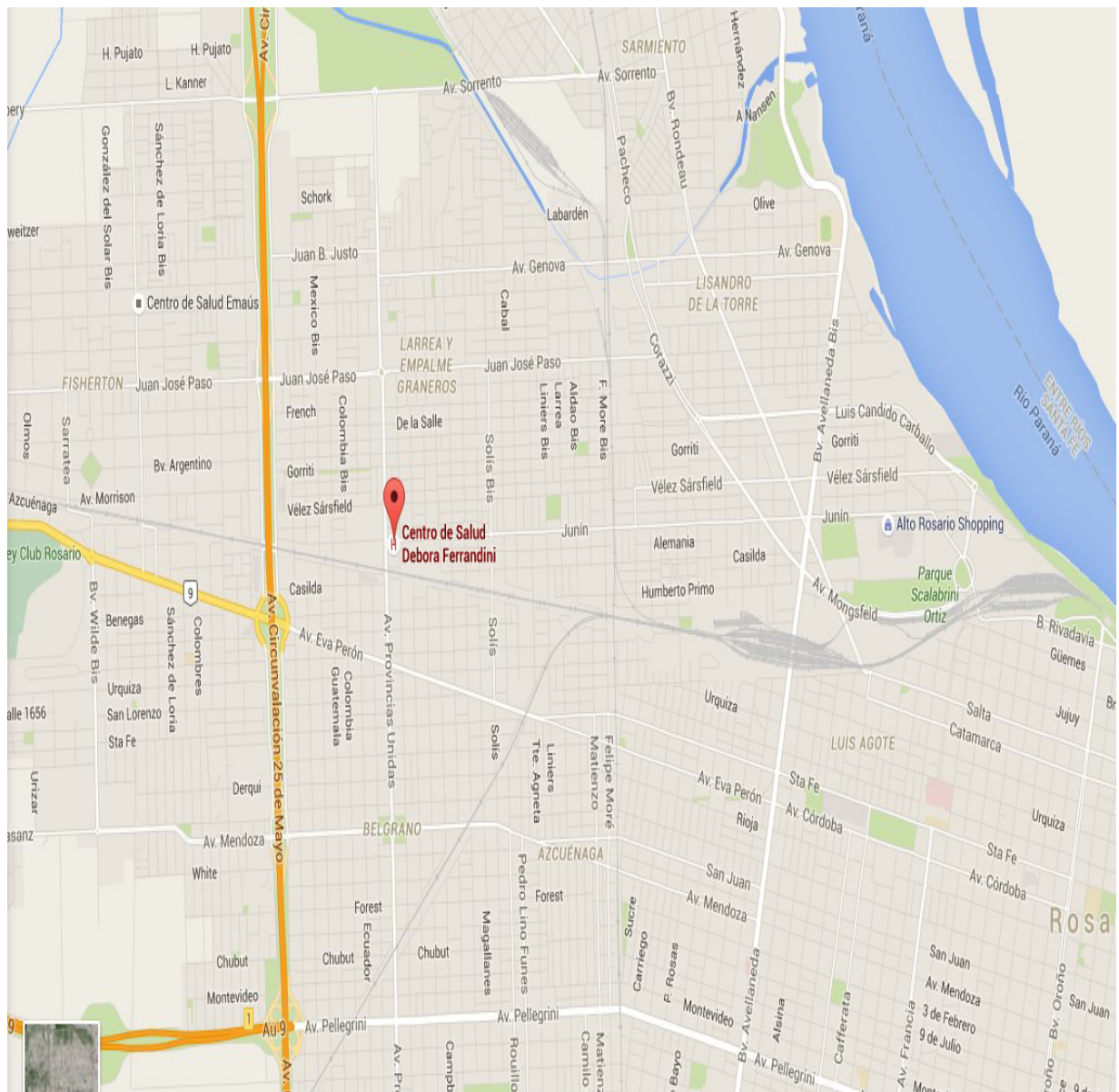
Todas las semanas los días jueves de 13 a 15 hs esta programada la reunión del equipo de salud, donde se suspende la atención.

A dos cuadras del CS, se sitúa el Centro de Convivencia Barrial N° 17, en calle Génova 7958. La institución se inauguró como Centro Crecer N° 17, en junio de 1998. Luego funcionó como Centro Territorial de Referencia (CTR) y actualmente se reinauguró con renovadas instalaciones como Centro de Convivencia Barrial (CCB).

Los CCB están ubicados estratégicamente en los barrios de mayor vulnerabilidad, posibilitan la inclusión de grupos familiares con NBI.. Se prioriza allí el trabajo especialmente con la primera infancia, con jóvenes y adultos mayores.

El barrio tiene un gran crecimiento poblacional y los espacios verdes se van ocupando de nuevas casas. Las familias provienen en su mayoría del Chaco. Se caracterizan por una gran precariedad laboral y en su mayoría se mantienen mediante changas que realizan en Fisherton (jardinería, en el Golf Club, venta ambulante, etc.). También trabajan como obreros de la construcción.

3.2 Centro de Salud “Dra Ferrandini”



Ubicación: Provincias Unidas 150 bis.

Horario de atención: de 8 a 19 hs.

Funciona desde 2007 dentro del edificio del Distrito Noroeste. Al comienzo se lo llamó CS Distrito Noroeste y pasa a denominarse “Dra Débora Ferrandini”⁴⁹ desde el 12 de diciembre de 2013.

Cuenta en la actualidad con el siguiente personal: dos médicos generalistas; una pediatra, dos odontólogos, una psicólogo, una licenciada en fonoaudiología, una trabajador social, tres enfermeros, dos administrativas, una farmacéutica y dos mucamas. Tiene residentes de pediatría y generalista y un odontólogo concurrente.

Todas las semanas los días jueves de 11 a 15 hs esta programada la reunión del equipo de salud, donde se suspende la atención.

Descripción edilicia: Se sitúa en el ala norte del edificio municipal con entrada sobre Av. Provincias Unidas, tiene amplios ventanales que permiten el aprovechamiento ventajoso de la luz natural. Es un edificio moderno con calefacción y refrigeración central, con frente parquizado con césped y arbolado.

Cuenta con un hall de acceso amplio con un mostrador al frente, donde atiende el personal administrativo y cuenta con estantes para el archivo de las historias clínicas familiares. Al lado se encuentra una oficina anexa, con mobiliario para la atención de la trabajadora social. La sala de espera es muy espaciosa y se extiende hasta la parte posterior del edificio y está conectada en forma interna con la estructura central que da al sector de oficinas del Distrito.

Hay 5 consultorios amplios, un consultorio odontológico espacioso y equipado, un office de enfermería dividido en boxes, equipado para vacunación y curaciones. El SUM, salón de usos múltiple, esta junto a los consultorios, es amplio con escritorio, camilla y armarios. Allí se realizan los talleres para la comunidad.

En un extremo funciona el sector de Farmacia con ventanilla de atención al público. Al final del espacio está la sala de reuniones, con mesada con anafe, heladera; armarios con carpetas y mesa amplia, tiene puerta de acceso desde la calle posterior del edificio.

Cerca del CS se encuentra el Centro de Convivencia Barrial, anteriormente Crecer N° 18, de calle Junín 5800 con el que se trabaja en forma articulada. Está situado en la intersección de las calles Rouillón y Junín del B° Ludueña.

La mayor parte de la población beneficiaria vive en la zona comprendida por las calles Felipe Moré, Cullen, Gorriti y Arévalo. La villa tiene un alto grado de consolidación, desde hace más de 30 años. Sus habitantes proceden del Chaco, norte de Santa Fe y Santiago del Estero.

⁴⁹ En este trabajo se usaran ambas denominaciones para designarlo.

3. 3 Sobre los registros de la atención infantil en los Centros de Salud seleccionados

En los CS se dispone de soporte informático para el llenado directo de datos de los pacientes que se atienden en el efector, en bases de datos diseñadas por la Secretaría de Salud Pública, al que se pudo acceder para conocer el número de historia clínica familiar (HCF).

Los médicos residentes usan ficheros calendario (FC), instrumento que fue diseñado para la Residencia de Medicina General. Se registran en planilla Excel todos los pacientes adscriptos a cargo de cada profesional.

Hace muy poco tiempo todos los médicos del CS Emaús cuentan con el sistema informático SICAP. En el fichero calendario tienen los pacientes con sus datos: nombre y apellido; la dirección y el teléfono; la fecha de nacimiento; la lista de problemas o motivo de consulta; el problema que no se pudo captar en la visita, la fecha de la próxima consulta o cuando lo quieren volver a ver. Además de la programación de turnos y del seguimiento longitudinal, este sistema permite afianzar de un modo más concreto la idea de población a cargo o adscriptos a un profesional o equipo.

El programa informatizado incluye tablas con los siguientes estándares de crecimiento: Peso; Talla; Perímetro Cefálico (PC) para niños/as de 0 a 2 años; Peso Talla e Índice de masa corporal (MC) para niños/as de 2 a 5 años y de 6 a 10 años.

En octubre de 2013 fue incorporada a este CS una computadora nueva con este programa. Empezaron a cargar en forma sistematizada semanalmente, en la medida que pueden, para tener los datos informatizados. Los mismos son tomados de las planillas de consulta diaria.⁵⁰

En ambos centros los generalistas y pediatras consignan los datos de la consulta médica en la historia clínica familiar, donde se registra la información del grupo familiar, en formato papel. Completan también su registro en la misma, la fonoaudióloga, la psicóloga y la trabajadora social que atienden en los CS, además de llevar dichos profesionales una ficha personal del niño o familia.

El formato de HCF utilizado en los centros de atención primaria consta de:

1º hoja: INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR: nombre de la familia, datos personales de cada uno, domicilio, barrio; datos de la situación socioeconómica (sostenimiento, material de la vivienda, número de personas que cohabitan, número de habitaciones para dormir, provisión de agua, etc.);

⁵⁰ “En septiembre de 2015 se termina de implementar el SICAP en todos los CS del 1er nivel de atención de la provincia de Santa Fe. Este programa informatizado permite además, el registro de la evolución del crecimiento infantil según los Patrones Internacionales de la OMS, incluyendo los gráficos correspondientes a la población de 0 a 19 años. Posibilita evaluar el crecimiento de más de 5000 niños incluidos en el sistema de atención público utilizando las tablas correspondientes. Es deseable la apropiación de esta herramienta por parte del equipo de salud de los efectores” (Entrevista personal con Dr. José Musumeci- Plan SUMAR, Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe, Rosario, 21/12/2016)

2º hoja: FAMILIOGRAMA (espacio para dibujarlo); historia de vida de la familia (vínculos, relaciones)

3º hoja: PROBLEMAS DE LA FAMILIA (columnas para llenar: fecha, problema, percepción familiar, detección por partes del equipo, intervenciones)

4º hoja: EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS y seguimiento de las intervenciones / Proyecto terapéutico compartido

5º hoja: HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL de cada integrante: fecha de ingreso; lugar y fecha de nacimiento; antecedentes familiares y personales; residencias anteriores, equipo responsable; ocupación, educación; vida cotidiana (alimentación, adicciones, actividad física; sueño)

6 º hoja: VACUNAS. Esquema de aplicación de cada una

7º hoja: PROGRAMACIÓN DE EXÁMENES PERIÓDICOS DE SALUD: actividad y fecha

8º hoja: ANEXO PARA NIÑAS Y NIÑOS: nombre, lugar de nacimiento; datos del padre (nombres, grupo sanguíneo; nivel de instrucción) y madre (nº de gestas, nº de hijos); datos del parto; datos del Recién Nacido (peso, talla, PC; edad gestacional; Apgar; complicaciones); si requirió internación; Antecedentes alimentarios (lactancia, incorporación alimentos); agudeza auditiva y visual al ingreso escolar.

9º hoja: DESARROLLO PSICOMOTOR: 0-2 años y 2-6 años (escalas cuadriculadas para tildar)

Anexos: Curvas de crecimiento: según edad y sexo: peso/edad; talla/edad; peso/talla/PC.

Al respecto, es la fonoaudióloga la que registra aspectos que tienen que ver con el desarrollo, el lenguaje, la alimentación y la audición de los niños.

La atención odontológica de los niños se registra además en la ficha odontológica inserta en la HCF. Se hacen todas las anotaciones puntuales de lo que se va realizando, junto al pedido de radiografía panorámica, que luego se adjunta.

Anteriormente los enfermeros llenaban una planilla de seguimiento de vacunación por año de cada niño y ahora lo hacen con el SICAP. Este trabajo lo realizan los tres enfermeros de cada CS y la información con los datos se remite directamente a provincia.

También en Farmacia se registra el retiro de leche hasta los 3 años de los niños y niñas beneficiarios.

V - ENCUADRE METODOLOGICO

Se trata de un estudio descriptivo transversal con aplicación de estrategias cuali-cuantitativas.

Se lo define como transversal ya que permite una descripción instantánea de la frecuencia de ciertos atributos de los individuos componentes de una población definida (Almeida Philo, N., 1992:60).

El empleo de variedad de técnicas de colecta de datos que acompaña al trabajo de investigación define su abordaje cualitativo y cuantitativo.

Se encuadra en la estrategia metodológica cualitativa, porque la misma permite una aproximación a la complejidad de los fenómenos singulares a indagar como es el proceso de atención de la salud infantil. Se busca la comprensión en profundidad en un contexto de descubrimiento. En esta investigación, cada componente del diseño necesitó ser reconsiderado o modificado en respuesta a nuevos desarrollos o a cambios en alguno de los otros componentes.

La lógica cualitativa o intensiva, según explica Sirvent, M. (2001:7) *“es la que está más cerca de enfatizar la inducción analítica y de buscar la generación de teoría, la comprensión, la especificidad y las verdades hipotéticas. Nos habla de trabajar con pocos casos para profundizar el significado que la población le otorga al hecho social. Es la que busca construir los esquemas conceptuales más adecuados a las realidades en estudio a partir de la información empírica. Además, no busca explicar sino comprender, holísticamente, en un sentido de totalidad, dialécticamente, por qué un hecho social deviene de esta manera y no de otra. Es la que trabaja con la implicación del investigador en la realidad estudiada, es la que no habla de neutralidad valorativa sino por el contrario de la existencia de supuestos ideológicos que deben explicitarse, de emociones que son parte de la construcción del dato científico...”*

En acuerdo al desarrollo anterior, Glaser, B. y Strauss, A.(1967), plantean que los métodos cualitativos de análisis de datos favorecen la creación de teoría producida en el proceso de interacción con los sujetos investigados; se genera teoría en lugar de probar hipótesis y se puede avanzar en nuevas formulaciones teóricas.

En este trabajo se integra el análisis de las estructuras y de los procesos junto con la comprensión de las relaciones implicadas en la implementación de las acciones y la visión que los actores diferenciados construyen (Minayo,M.C.S.,2005:28). En este caso en particular, relacionado al proceso de atención y seguimiento de la salud infantil, según las

valoraciones y apreciaciones de profesionales, gestores y de las madres de niños y niñas atendidos en dos centros de salud.

Se tuvieron en cuenta diferentes trabajos publicados, que fueron considerados por las diversas formas de construcción de su objeto de estudio. Siguiendo la propuesta de Bosi M.L.M. y Uchimura K.Y. (2007:153), la evaluación cualitativa de programas es aquella que sin perjuicio de otras dimensiones, necesariamente incluye a actores implicados en la producción de sus prácticas, demandas subjetivas, valores, sentimientos y deseos. A continuación se citan algunos de estos:

Scavino, C. (2008) indaga el aprendizaje que promueve la consulta pediátrica de control de niño sano, respecto de la crianza en familias que viven en contexto de pobreza en Buenos Aires, analizando el sentido social que los actores (médicos y familias) otorgan a sus prácticas en salud.

Bastidas-Acevedo, M. y otros (2009) evaluaron los efectos e impacto del componente educativo del Programa de Crecimiento y Desarrollo en instituciones prestadoras de Servicios de Salud de Medellín, Colombia, estudiándose la comprensión de los significados que del mismo tienen los adultos a cargo de la crianza de niños y los miembros del equipo de salud, centrándose en las demandas, preocupaciones y necesidades que orientan las acciones de dichos actores.

Braz, J.C.; Mello, D.F y otros (2013) aplicaron un instrumento de Evaluación de la Atención Primaria, considerando entre otros el atributo de integralidad de la atención, en cuanto a servicios disponibles y prestados orientados al cuidado de los lactantes, en Unidades de Salud de la Familia, según la percepción de cuidadores de niños menores de un año, en Vitória, Brasil.

Conill, E. (2004) trabajó sobre el principio de integralidad de la atención en un estudio evaluativo de calidad de sistemas municipales de salud en Brasil. Tomó cuatro dimensiones correspondiendo a distintos campos de intervención de las prácticas de los servicios, según las valoraciones de los miembros del equipo de salud y los gestores: 1) primacía de acciones de promoción y prevención (campo de política de prioridades); 2) garantía de atención en los tres niveles de complejidad de la asistencia médica (campo de la organización de la atención); 3) articulación de las acciones de promoción, prevención y recuperación (campo de la gestión) y 4) abordaje integral del individuo (campo del cuidado individual).

Finalmente en esta investigación se decide tomar estas mismas dimensiones con el fin de analizar las prácticas de atención de la salud infantil en dos centros de APS, por considerarlo el más abarcativo en relación al concepto de integralidad.⁵¹

También se hizo necesario en el presente trabajo, recurrir a un abordaje cuantitativo a partir del aporte de los datos numéricos socio-demográficos que caracterizan a la población infantil y a sus familias, según registros de los Centros de Salud en estudio seleccionados. Estos son: Datos de madre: edad, escolaridad, número de hijos, grupo de convivencia, hijo beneficiario de AUH.

Otra información cuantificable corresponde a las variables del proceso de control de seguimiento de los niños/as consignados en la Historia Clínica Familiar. Los indicadores se construyeron a partir de:

- datos socioeconómicos completados en la HC por el profesional
- familiograma completado en la HC por el profesional
- número de consultas realizadas por niño
- consultas con turno programado
- asistencia a control según norma de controles de los CS: a los 7 a 10 días-1º mes; luego mensual: 2º,3º, 4º, 5º y 6º mes; luego cada 2 meses: a los 8, 10 y 12 meses. Desde el 1er año los controles son cada 3 meses: 15-18, 21 y 24 meses. De 2 a 3 años, cada 6 meses y desde los 3 años, anuales.
- número de controles de C y D realizados hasta el primer año de vida sobre los 10 controles según norma
- consulta por enfermedad y si se realiza control sano y es consignado en la HC
- derivación a otro miembro del equipo del CS consignada.
- vacunación completa o incompleta registrada en la HC
- referencia a especialidad del 2do nivel de atención incluida en la HC por estudio o interconsulta: si fue realizada o no

Es por ello que en el proceso de análisis se buscó la integración objetiva y subjetiva a partir de la comprensión de los datos cuantitativos y cualitativos generados en su transcurso.

⁵¹ Las cuatro dimensiones en relación a los campos de intervención que se adaptaron a los cuatro ejes de Conill, E. para este trabajo fueron: 1) primacía de acciones de promoción y prevención; 2) articulación de las acciones de promoción, prevención; 3) garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica y 4) abordaje particular del individuo. Fueron adaptados el orden de los ejes y modificados los términos “*otros* niveles de complejidad” y “abordaje *particular* del individuo”.

1-Población:

Profesionales del equipo de salud, autoridades de la gestión (Director de Centros de Salud; coordinador de APS del distrito, Jefes de los centros de salud) y las madres de niños y niñas que asisten a los Centros de salud seleccionados del distrito Noroeste de la ciudad de Rosario.

Criterio de elección de los Centros de Salud: Según datos 2010, el Distrito noroeste de Rosario es el que cuenta con mayor población infantil de 0 a 4 años. En función de la factibilidad de llevar adelante esta investigación fueron asignados por el Coordinador del Distrito Noroeste, el Centro de Salud Emaús y Centro de Salud Dra Ferrandini.

Unidad de análisis:

1- Personas que expresaron sus apreciaciones en relación a la **integralidad y aceptabilidad** de las acciones respecto al proceso de atención en el control del niño sano en los dos Centros de Salud seleccionados del Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario, y que accedieron a ser entrevistados. Fueron:

- Once profesionales de los equipos de salud de los CS seleccionados
- Cuatro autoridades de la gestión: dos Jefes de CS, el Coordinador de Distrito NO y el Director de Centros de Salud de la Secretaria de Salud de Rosario.
- Quince madres de 18 niños y niñas recién nacidos y hasta 4 años y 11 meses de edad que concurren a ambos CS.

Cada entrevistado/a fue considerado/a como una “unidad” capaz de orientar la producción de información (Borsotti, C., 2007:238)

La selección de la muestra (de madres y profesionales) se considera **intencional o por conveniencia**, ya que se seleccionan a las personas que pueden brindar la información necesaria para el objetivo de esta investigación. Le Coompte y Preissle citado por Maxwell, J.(1996:3), llaman a esta muestra, selección basada en criterios, ya que es una estrategia en la cual son seleccionados deliberadamente escenarios particulares, personas o eventos, con el fin de obtener información importante que no puede ser conseguida de otra forma.

La información relevada en las entrevistas a madres sobre el proceso de atención de sus niños de 0 a 4 años en los CS, se completó con el acceso a las HCF archivadas en ambos CS. De esta forma también se constituyeron como unidad de análisis los datos obtenidos de:

- Dieciocho niños de 0 a 4 años y 11 meses con registros de consulta de control sano en las HCF, atendidos en los centros de salud seleccionados, cuyas madres fueron entrevistadas.

2-Procedimientos, Técnicas e Instrumentos

a) Análisis documental de fuentes secundarias:

- Para el encuadre del ámbito de aplicación se realizó la búsqueda de información de fuentes secundarias: estadísticas de indicadores de salud disponibles del Distrito NO en los que se ubican los CS en estudio, a fin de caracterizar a la población infantil usuaria. Para ello se recurrió a los Boletines de la Dirección de Bioestadística de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.
- Se revisaron diferentes programas de salud infantil nacionales y su adecuación para la provincia de Santa Fe, que dieran cuenta de la integralidad en la atención de niños y niñas menores de 4 años, considerando la prevención y promoción de la salud, el crecimiento y desarrollo, nutrición, la detección y atención de patologías prevalentes, como el Programa de Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo, el Programa de Detección Precoz y Atención de Hipoacusias; el de Pesquisa Neonatal de Enfermedades Congénitas, el Programa de acompañamiento del desarrollo de niños de 0 a 3 años, el programa SANAR, todos en vigencia los Centros de Salud. También las normas y procedimientos de atención y de referencia de aplicación actual en los CS municipales de la ciudad de Rosario.

b) Acercamiento al Campo:

Se realiza el primer contacto con el Coordinador de salud del Distrito Noroeste para solicitar autorización para realizar la investigación en dos centros de salud del citado distrito.

Dicho gestor selecciona los Centros de Salud Emaús y Centro de Salud Dra Ferrandini, en función de la factibilidad del ingreso de la investigadora y la buena predisposición de los equipos de salud para contribuir al estudio sobre el proceso de atención en el control del niño sano, que se realiza en dichos efectores.

En noviembre de 2013 se concreta la reunión conjunta en las oficinas del Distrito Noroeste con los Jefes de los Centros de Salud (CS), que acceden a ser incluidos en este estudio. En la misma se informa sobre el proyecto de trabajo y se acuerda el primer acercamiento a los equipos de salud de ambos centros seleccionados.

Una vez lograda la autorización pertinente, en diciembre de 2013 se realiza un primer encuentro de presentación a los equipos de salud de los CS, a fin de dar a conocer los objetivos de esta investigación y lograr su participación. El encuentro se concreta dentro de la reunión general de los días jueves que se realiza en los CS Emaus y CS Distrito Noroeste.

Este último centro pasó a denominarse ese mismo mes CS “Dra Débora Ferrandini”.

Asimismo se toma conocimiento de la organización de la atención de cada CS y la disponibilidad horaria de cada profesional, así como los horarios de mayor concurrencia de madres de niños de 0 a 4 años a cada efector.

Previo consentimiento informado, se aplican las entrevistas semi-estructuradas a las personas que accedieron a ser entrevistadas. En el caso de los profesionales, se les informó que la calidad técnico-científico de las prácticas realizadas no se constituía en objeto de estudio.

Además, se asistió como observador no participante el 18 de diciembre de 2013 al Taller de acompañamiento de crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 3 años, convocado de 9 a 11 hs en el CS Dra Ferrandini. En esta oportunidad se trabajó con niños menores de un año de madres adolescentes que se atienden en este centro. Participaron del mismo la pediatra, la fonoaudióloga y una enfermera. Asistieron seis mamás jóvenes del grupo que es convocado mensualmente. Durante el mismo también se realizó el control de niño sano de los bebés asistentes.

Esta actividad se consideró como un ejemplo de las Actividades de Promoción a ser constatadas en el marco de los objetivos de esta investigación, ya que dentro del campo de políticas de prioridades en intervenciones en salud, se considera a la primacía de acciones de promoción y prevención, dentro de la Integralidad de la atención.

c) Entrevistas a los sujetos de la investigación:

Las mismas se realizaron a profesionales de los CAPS, autoridades de la gestión y madres de niños de 0 a 4 años atendidos en los centros seleccionados.

Se utilizó **la entrevista semi-estructurada individual** a los actores involucrados, como forma de averiguar lo que se necesita para responder válidamente a las preguntas de la investigación (Maxwell, J. (1996:3). Se consideró a las entrevistas como un proceso de interacción social donde es importante el entendimiento o la sensibilidad del entrevistador para lograr respuestas francas a las preguntas del estudio y así obtener la perspectiva de los actores en el transcurso de la conversación.

Se previó la autorización de cada persona a entrevistar mediante consentimiento informado⁵² que garantizara el compromiso de confidencialidad, avalado por el Comité de Ética de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, de acuerdo con la normativa

⁵² Modelo a disposición de quien lo solicite.

establecida por la Declaración de Helsinki para la investigación biomédica, Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales; la Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación y la Resolución 1084/2015 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe .

Se utilizó grabador para su registro y se eligió el momento y el contexto adecuado, en el espacio de trabajo de los centros seleccionados, mediando la autorización por parte de los entrevistados.

Se realizaron entrevistas a 11 profesionales del equipo de salud y a los dos Jefes de ambos centros, en horarios acordados en el propio espacio de los efectores; y a 15 madres de 18 niños y niñas que asistieron para su atención en la sala de espera de cada CS. Las mismas se completaron durante los meses de diciembre de 2013, enero y febrero de 2014.

Centro de Salud Emaús

Profesionales entrevistados	
Médico Generalista	4
Médico Pediatra	1
Enfermera	1
Odontólogo	1
Total:	7

Centro de Salud Dra. Ferrandini

Profesionales entrevistados	
Pediatra	1
Enfermera	1
Odontólogo	1
Fonoaudióloga*	1
Total	4

*Esta profesional cumple funciones en ambos CS.

En el mes de abril se efectuaron las entrevistas correspondientes a las autoridades de la gestión: Coordinador del Distrito Noroeste y Director de Centros de Salud de la Secretaria de Salud del Municipio.

Los entrevistados/as expresaron sus opiniones y reflexiones en relación a la integralidad y aceptabilidad de las acciones respecto al proceso de atención en el control del niño sano en los dos Centros de APS incluidos dentro del Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario. Se aplicaron las guías de entrevistas confeccionadas especialmente para profesionales, para gestores y para madres.

La información relevada en las entrevistas fue ordenada e integrada siguiendo las cuatro categorías analíticas elegidas y sus dimensiones (ver pag.62). Las mismas fueron construidas en función de los núcleos conceptuales de esta investigación: la integralidad del proceso de atención infantil y la aceptabilidad de dicho proceso.

En el análisis del contenido de las entrevistas, se buscó la comprensión de los significados en el contexto del habla, intentando superar el alcance meramente descriptivo del mensaje,

para alcanzar mediante la inferencia, una interpretación más profunda, es decir los contenidos latentes.

El procedimiento lleva a relacionar estructuras semánticas (significantes) con estructuras sociológicas (significados) de los enunciados y a éstos articularlos con los factores que determinan sus características: variables psicosociales, contexto cultural y proceso de producción del mensaje, a fin de dar consistencia interna a las operaciones. El investigador debe rehacer el discurso, cada frase será descompuesta en proposiciones, lo que implica varias operaciones lingüísticas: substitución, ordenamiento, reagrupamiento de términos de vinculación y explicitaciones latentes (Minayo, M.C.S, 2009:252; 265).

Primero se codificaron las entrevistas según su categoría (profesional, gestor, madre). Luego se separaron y organizaron las respuestas textuales de cada sub-dimensión en unidades interpretativas menores. Las mismas fueron comparadas y diferenciadas, para luego ser relacionarlas, descubriendo las categorías conceptuales emergentes de los datos.

Tal como lo expresa Gallart, M (1992:125) el análisis comparativo sistemático que implica hallar semejanzas y diferencias en trayectorias o comportamientos, actúan como categorías conceptuales. El proceso recursivo que es intrínseco al análisis cualitativo, va de la información a la conceptualización y vuelve a contrastar la interpretación teórica con la información para validarla o enriquecerla.

En este trabajo se contraponen las respuestas de las entrevistas de los distintos protagonistas de la atención infantil teniendo en cuenta sus roles diferenciales, junto con la revisión de los registros de esta actividad en las HCF.

Instrumento: guías de entrevistas con ejes previstos (en Anexo I, II y III).

d) Revisión sistemática de Historias clínicas familiares (HCF):

Las mismas son las utilizadas en los CS acuerdo a normas nacionales adoptadas en APS.

El registro de consulta de Control de niño sano de niños de 0 a 4 años y 11 meses atendidos en los centros de salud seleccionados, se hace en hoja aparte correspondiente a cada miembro de la familia e incorporada dentro de la historia clínica familiar.

La revisión de las 18 HC, permitió en principio obtener datos sociodemográficos de las familias de los niños cuyas madres fueron entrevistados (composición familiar, nivel de instrucción de los padres, ocupación, vivienda, morbilidad, etc) a fin de ampliar y corroborar la información obtenida en las entrevistas. Se realizó desde el mes de marzo a abril de 2014.

Se relevaron todas las anotaciones efectuadas por los profesionales en las HCF referidas a

cada consulta de control sano: su fecha, citaciones a nuevos controles y si se efectivizó la concurrencia; la continuidad de los mismos y si el número de controles de C y D realizados antes del año se ajusta a la norma; el motivo de otras consultas realizadas; la derivación a otro miembro del equipo del CS; si la condición de vacunación está completa o incompleta es registrada en la HC; la referencia a especialidad del 2do nivel de atención y si fue realizada o no.

Al hacer la exploración de las historias clínicas familiares, se tuvo en cuenta que en éstas se registran los aspectos que revelan las prácticas realizadas por el personal de salud, pero estos registros no permiten analizar otros aspectos psicosociales del proceso de atención, como la relación establecida con la madre del niño o niña, la agudeza de la percepción del profesional, su capacidad analítica o sus actitudes ante determinadas situaciones, que sólo se verían en una observación no participante de un investigador en el espacio de la consulta.

La información cuantitativa fue volcada y analizada en planilla Excel. Se conformó una base de dato y se procesó, presentando los resultados en tablas y gráficos y se calcularon medidas de resumen.

Instrumento: planilla de recolección de datos de las HCF (en Anexo IV)

3- CATEGORIAS DE ANÁLISIS

En el marco de este proyecto se consideran categorías y dimensiones para el análisis en coherencia con la estrategia cualitativa, que se fue reformulando a medida que se avanzó en el trabajo de campo y en función de los hallazgos.

Proceso de atención del control del niño sano de niñ@s de 0 a 4 años

Las cuatro categorías consideradas correspondiendo a campos de intervención distintos, o sea la gestión de los servicios como modelos de atención que propician procesos de trabajo favorecedores de acciones más integrales, adaptadas de Conill, E. (2004) son:

- 1- ***primacía de acciones de promoción y prevención:*** nivel de decisión por prioridades que acompañan la ejecución del propio proceso de atención;
- 2- ***articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación:*** modo en que se gestionan y coordinan las actividades;
- 3- ***garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica:*** organización (forma en que se efectiviza la referencia a los otros niveles de resolutivez y su seguimiento) y
- 4- ***abordaje particular del niño:*** modo en que se ejecuta el cuidado individual (incorporando las distintas dimensiones de los sujetos y los determinantes socio-culturales del proceso salud-enfermedad de los niños)

Dimensiones:

1-INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD: se consideran la totalidad de actividades y procedimientos realizados por los profesionales involucrados en la atención.

Sub-dimensiones y sus referentes empíricos:

Primacía de acciones de promoción y prevención: consultas atendidas por control de niño sano sobre el total de las consultas; valoración de la práctica preventiva dentro del proceso de atención.

- **Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación:** modo en que se coordinan las actividades de promoción y detección con la atención y recuperación; factibilidad de los mismos; dificultades y logros.

- **Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica:** *forma en que se efectiviza la referencia a los restantes niveles para estudios complementarios y su contrarreferencia ante la detección de una problemática; modalidad de seguimiento de las intervenciones.*
- **Abordaje particular del niño:** *consideración de los determinantes y condicionantes socio-culturales en el proceso de atención de la salud infantil; comunicación interpersonal con los responsables de los niños; valoraciones personales; comunicación interpersonal dentro del trabajo interdisciplinario con miembros del equipo de salud; reuniones del equipo como espacio de abordaje de la atención integral.*

2-INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GESTORES: se consideran la totalidad de actividades y procedimientos organizados desde la gestión (Jefes de los dos centros de salud seleccionados, Coordinador del Distrito NO; responsable de la Dirección de APS)

Sub-dimensiones y sus referentes empíricos:

- **Primacía de acciones de promoción y prevención:** *valoración de las consultas atendidas por control de niño sano e 0 a 4 años realizados; modalidad de la atención de niño sano; su organización en los centros de salud seleccionados; registros de control sano; otras profesiones que intervienen; actividades de promoción con participación comunitaria que se realizan.*
- **Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación:** *modo en que se coordinan las actividades de promoción y detección con la atención temprana y recuperación; articulación intersectorial; su participación en la gestión para la satisfacción de necesidades de los diferentes actores; dificultades y logros; forma de comunicación entre la gestión y los miembros del equipo de salud.*
- **Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica:** *organización y forma en que se efectiviza la referencia a los otros niveles de resolutivez; estrategias de optimización de la articulación; seguimiento de casos problemáticos; cooperación, valoración de logros y deficiencias observados*
- **Abordaje particular del niño:** *referencia a las características y necesidades sociales de la población que se atiende en los centros de salud seleccionados;*

satisfacción las demandas de los diferentes actores del proceso de atención de la salud infantil

3-ACEPTABILIDAD DE LAS MADRES O ADULTOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS/NIÑAS RESPECTO Del PROCESO DE ATENCIÓN DE CONTROL DE NIÑO SANO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 4 AÑOS: Se consideran las necesidades y percepciones, expresadas por las madres y/o responsables de los niños usuarios o destinatarios de los programas.

Sub-dimensiones y sus referentes empíricos:

NECESIDADES: forma en que expresan o perciben los problemas y/o carencias manifestada en forma de demanda con respecto al proceso *de atención*:

- *los motivos de consulta registrada y/o declarada en la Historia Clínica del CAPS*
- *asistencia para control, por recepción de leche o vacunación.*
- *asistencia para control por ser beneficiaria/o de AUH*
- *conurrencia espontánea o programada y su continuidad*
- *si posee otra cobertura de salud, o atención por libre elección en el CAP*
- *derivación: donde y por qué causa*

PERCEPCIONES: apreciaciones personales o valoración respecto de:

- *la atención de su niña/o para control de salud*
- *obtención de turnos, horarios de atención y tiempos de espera*
- *la comunicación interpersonal con los profesionales.*
- *su continuidad en la asistencia a la consulta de control de niño sano*
- *asistencia a actividades propuestas por el centro de salud por ej :talleres (aprendizaje respecto al cuidado de la salud del niño/niña y respecto a la práctica de crianza)*

VI- RESULTADOS

PRESENTACIÓN E INTERPRETACION DE RESULTADOS

1-LA INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD:

En función del análisis de la información aportada por los distintos profesionales⁵³ de los dos centros de salud municipales seleccionados a través de las entrevistas, y en respuesta al primer objetivo planteado en este trabajo, es posible caracterizar el proceso de atención de la salud infantil, asociadas primordialmente al control de niño sano.

La información recabada fue analizada desde el concepto de integralidad, considerando la totalidad de actividades y procedimientos realizados por los profesionales involucrados en la atención de la salud infantil de niños y niñas de 0 a 4 años. Se tiene en cuenta el desarrollo que sobre este concepto trabajó Conill, E. (2004), tomando los cuatro campos de intervención (según lo expuesto en pag. 55) y que a continuación se exponen:

1-Primacía de acciones de promoción y prevención:

Es el nivel de decisión por prioridades que acompañan la ejecución del propio proceso de atención respecto de las consultas de control del niño sano, la continuidad en la asistencia a las mismas, su registro y los profesionales que intervienen en dichas actividades.

⁵³ Los profesionales entrevistados son identificados de la siguiente forma:

Centro de Salud Emaús

G1: generalista, Jefe con 6 años y medio de antigüedad en el CS (anteriormente en otro CS)

G2: generalista, antigüedad de 1 año y medio en el CS (4 años en APS)

G3: médico residente de 2do año de Medicina General, hace un año y medio

G4: generalista, con 3 años en este CS (antigüedad en APS: 7 años)

P1: pediatra: antigüedad en el CS 5 años (antes en varios CS)

E1: enfermera, antigüedad en el CS de 20 años

O1: odontóloga: 6 años de antigüedad en el CS

Centro de Salud Dra. Ferrandini⁵³

P2: pediatra: antigüedad en el CS 7 años (10 años en APS)

E2: enfermera: 3 años en el CS

O2: odontóloga con 6 años en el CS (10 años en APS)

F: licenciada en Fonoaudiología: 8 años en el CS y en otros CS.

En este CS se decide no incluir entre los entrevistados, al médico generalista que realiza atención infantil, en reemplazo temporario de médica pediatra en licencia desde hacía 5 meses.

Sobre las consultas para la atención de control niño sano:

En el Centro de Salud EMAUS (CS) se realiza el control de niño sano o control de la salud de niños/as hasta los 5 años, de las familias que tienen adscriptas los cuatro médicos generalistas de planta y los dos residentes de Medicina General, además del pediatra:

G4: “De las familias nuevas que yo voy adscribiendo ahora en estos últimos años, a los chicos los voy adscribiendo porque la relación es diferente...Pero hay familias viejas del barrio que ya venían a este CS y sus chicos se siguen atendiendo con la pediatra”

Algunos casos que presentan un grado de mayor complejidad son atendidos por la pediatra, explica un generalista:

G1: “Por ejemplo, por alguna cuestión que venimos viendo desde el embarazo o un niño con mayor riesgo, lo derivamos a ella que tiene mayor especificidad”.

Es la misma pediatra quien expresa la conformidad en relación a esta forma de organizar el proceso de atención infantil junto a los médicos generalistas:

P1: “Me golpean la puerta y me dicen ¿me miras esto? ...Incluso yo no tengo problema en controlar chicos sanos...la idea es que ellos puedan controlar a los niños sanos y que yo pueda ver los chicos con alguna patología. A veces no pasa, porque ellos están desbordados de adultos y yo controlo chicos sanos. Además hay mamás que tienen mucho vínculo con ellos, y eligen seguir controlando sus hijos con el médico que controló el embarazo.”

La situación es diferente en el Centro de Salud Dra. Ferrandini ya que sólo la pediatra hace consulta programada de control sano de 0 a 4 años. Desde hace tres años dejaron de hacerlo los médicos generalistas, quienes se ocupan del control de embarazo y atención de adultos, sólo atienden a algunos niños y niñas de familias adscriptas.

Los profesionales del CS Emaús explicitan que aunque las consultas por control de niño sano son programadas, también dentro de la consulta espontánea por enfermedad suelen hacer controles.

La forma de dar respuesta y contener a la demanda espontánea va en desmedro de priorizar acciones de prevención, según se aprecia en el CS Emaús, donde el médico generalista Jefe del CS plantea esta dificultad en la organización del trabajo, al reconocer:

G1: “ El 30% son nuestros turnos programados y el 70% caen por fuera de ese turno aunque siempre el motivo de consulta más frecuente termina siendo el control de niño

sano, ...y a veces nos preguntamos si uno no cae en esto de la atención en serie... y en el asistencialismo,. Y a lo mejor uno termina... teniendo mucha practicidad en resolver algunas cuestiones pero también estamos respondiendo demasiado a la demanda, yo creo que es un dato ese 70 % que marca una función bastante asistencialista de algún modo.”

Se evidencia la disyuntiva entre ejercer la responsabilidad activa del CS en relación a su área de influencia, potenciando la accesibilidad de la población y por otro lado intentar que el propio equipo de salud tenga la autonomía para definir colectivamente la organización del proceso de trabajo más conveniente, pero con primacía en acciones preventivas y de promoción de la salud. Esto implica que sean negociadas permanentemente la demanda de esa comunidad y la oferta propias del primer nivel, dando cuenta de una enorme flexibilidad al respecto. Al respecto Campos; G.W. (1990) indica la necesidad de proponer objetivos a ser negociadas con las demás instancias del sistema, con metas cualitativas de cobertura e integralidad de las acciones.

Se advierte especialmente que, si bien los turnos se dan en administración, el mismo médico es el que establece algunos turnos programados en determinados pacientes, en especial en los recién nacidos, que son controlados semanalmente durante el primer mes o según el caso también transcurriendo el segundo mes de vida. Así es que, a fin de superar la cuestión burocrática un médico advierte:

G2: “En los que yo quiero volver a ver, les hago un papelito como para que vayan a administración y que ya tengan un turno”.

De esta forma cuando se abre cada 15 días la planilla de turnos, están inscriptos primero los niños a los que les da el turno el médico por esta modalidad. También se hacen excepciones, como agrega un profesional:

P1: “Si viene una mamá y me dice: no conseguí turno ¿me podés hacer el control igual? Si no hay tanta gente afuera, espera y se lo hago. O si veo que es de una familia que cuesta para captarla,....le digo bueno, que espere y lo hacemos ahí en el momento”.

Se destaca en este último caso cómo se prioriza la oportunidad de captación para una actividad preventiva, más allá de la demanda de atención diaria. Además, la pediatra acostumbra atender consultas espontáneas los días lunes por la mañana, porque explica:

P1: “Por ahí la gente durante el fin de semana elige no consultar y espera al lunes y lleva al nene a su médico. Es un día que yo hago consulta espontánea, sin programar. Es obvio que si me queda lugar para algún turno y alguien que necesita turno para un control o un certificado, le digo traémelo el lunes a la tarde”.

También en el CS Ferrandini un tercio de las consultas son de control de niño sano y son siempre programadas. Según la pediatra, también en los recién nacidos los turnos siguientes los acuerdan con las mamás directamente, siguiendo la misma modalidad que se describió en el CS Emaús.

Se está tratando de dar los turnos cada 15 días, antes los daban una vez al mes. Al momento de la concurrencia al CS para este trabajo, los turnos para Pediatría los estaba dando el Jefe del CS Ferrandini, según comenta la pediatra:

P2: “La verdad era medio engorroso dar yo los turnos porque tengo que atender y ese día se junta tanta gente....es todo un tema dar los turnos. Ahora se está manejando bastante bien...Pero hay algunas dificultades, porque si uno lo da, sabe la jerarquía de cada paciente o lo que necesita”

En esta médica aparecen percepciones contradictorias al ser liberada de la tarea de otorgar turnos: su responsabilidad profesional frente al paciente versus el asumir una tarea más dentro de su función específica. Ella fue por un tiempo la única encargada de la atención pediátrica del CS, y era quien una vez al mes organizaba la demanda de atención infantil del centro. Si bien cada profesional puede programar los turnos para el siguiente control en bebés menores de un mes, como se describió anteriormente; en otros casos les solicitan que concurren a pedirlos en administración. Pero en el caso de este CS, cuando se reorganiza el equipo de salud y se incorpora el refuerzo de un médico generalista exclusivo para la consulta infantil, los turnos vuelven a ser otorgados desde la gestión.

Sobre los recursos para la atención de control niño sano:

En los dos centros expresan que se dispone de los recursos necesarios para trabajar bajo normas: protocolos con las nuevas tablas para percentilar a los niños por sexo y edad (que se implementaron en APS de la provincia en el año 2012); las normas del calendario nacional de vacunación y las pautas de desarrollo. Se pide además el estudio de Otoemisiones Acústicas (OEA) y el screening neonatal.

La pediatra del CS Emaús señala la dificultad en cuanto al espacio físico, hay tres consultorios de atención clínica equipados para cinco médicos:

P1:” En realidad, yo con 42 horas semanales no puedo hacer un consultorio fijo porque no tengo lugar donde atender... Y eso que hay una doctora que los martes no viene, y se repartió las horas en el resto de días por lo mismo, no hay consultorio libre. Viene la fonoaudióloga a la mañana temprano, entonces es medio complicado el

espacio físico aquí...Hace un montón que está pedido un consultorio, pero algún día llegará.”

Asimismo respecto del resto del material explica que hay dos pediómetros que van de un consultorio a otro. Hay un sólo tensiómetro pediátrico para la toma de TA en los niños.

P1: “Deambulamos buscándolos, pero están”.

El resto de los profesionales afirman estar conformes con los materiales disponibles para el proceso de atención, sin mencionar el problema del espacio físico. Puede pensarse que se naturaliza por costumbre esta situación en este CS y se adaptan adecuando sus horarios según la disponibilidad de consultorios.

Cuando una generalista quiere evaluar el neurodesarrollo en un niño, busca cubos o algunos juguetes que tiene la psicóloga en un armario, o los diseña con objetos disponibles en el consultorio. Dos médicas generalistas afirman que llenan la ficha de Desarrollo Psicomotriz (incluida en la HCF):

G4: “Si, lo hago yo sola, y también la talla, percentilo, con desvíos estándar y todo eso”

En el CS Ferrandini no aparecen reclamos sobre recursos materiales para la atención. En cuanto a lo edilicio, cuenta con seis consultorios dentro de una construcción moderna inaugurada en 2007.

Sobre los registros de control niño sano

Todo niño atendido por consulta espontánea o programada, realizada por un profesional del CS, es registrado en la planilla de consulta diaria y en la HCF.

La HCF centrada en problemas, es utilizada por los equipos para identificar grupos de familias en situación de vulnerabilidad, lo que genera responsabilidad sobre estas familias y poder planificar o retomar modalidades de intervención o revisar procesos de trabajo.

Los médicos residentes y algunos profesionales del equipo usan ficheros calendario (FC) para el registro. En el mismo tienen los pacientes adscriptos y la fecha de la próxima consulta, entre otros datos. Es un instrumento que fue diseñado por la Residencia de Médico Generalista (MG) hace algunos años, para llenar información en planillas de cálculo Excel.

Un generalista comenta:

G2: “Entonces cuando hay alguien que quiero volver a ver, intento revisar el fichero y lo veo,... alguien que se me haya pasado... control de embarazo o algún seguimiento de bebé de riesgo. Llamo por teléfono o hago una visita.”

No todos los médicos tienen el fichero actualizado, por falta de tiempo para la carga de la información, tal como fue registrado en la investigación sobre utilización de registros en APS (Aronna, A. y otros, 2011:33). Esto se corrobora en los dichos de un profesional que reconoce esta dificultad para el llenado del sistema SICAP:

G1: Muchas veces la demanda nos come. A veces tomas contacto y abrís la carpeta y decís: “A este paciente... a lo mejor yo tendría que...” pero también tiene que ver con que honestamente me cuesta ver...por donde uno se para y por donde se baja de esto de la demanda”

Otros profesionales, como la odontóloga anotan en la HCF el registro individual de la actividad realizada con los niños:

O1: “Me sirve mucho por ejemplo, para saber si el nene colaboró o si lloró en la consulta.”

La fonoaudióloga registra en la HCF aspectos que tienen que ver con el diagnóstico y proceso terapéutico de los niños atendidos. Sobre el registro de control sano expresa:

F: El pediatra es el que registra los datos de su control médico en la HC y después la parte mía, digamos de fonoaudiología, lo hacemos en una ficha personal. La ficha de Desarrollo psicomotor que está en la carpeta de la HC la completa el médico cuando ve a los chicos. Yo tengo aparte en el Taller (se refiere al Taller de Seguimiento de niños de 0 a 3 años) otra ficha, donde completo algunas cuestiones que tienen que ver con el desarrollo psicomotor, el lenguaje, la alimentación, la audición...

A pesar de lo expuesto, en las 18 HCF analizadas de los niños de 0 a 4 años cuyas madres fueron entrevistadas en ambos CS, se comprobó que la ficha de Desarrollo Psicomotor estaba siendo llenada en tres niños atendidos por médicos generalistas (G2 y G4 del CS Emaús y un MG no entrevistado del CS Ferrandini).

La HCF y el FC son registros que en la práctica reflejan el atributo de la APS en cuanto a la integralidad de la atención, la continuidad en el seguimiento y en las actividades de promoción y prevención y coordinación del proceso de atención. Si hay eventos o prácticas que no se registran en el seguimiento de los pacientes, se infiere que se podría dificultar el análisis de los procesos de trabajo del equipo en instancias colectivas a partir de problematizar esa información.

Las situaciones más vulnerables que son receptadas en un CS, generalmente son atendidas en enfermería. Estas experiencias menos tradicionales de la práctica, si bien tienen un registro en la memoria colectiva, no son registradas como intervenciones formales, a pesar de que facilitaría para el resto del equipo, la reconstrucción de la problemática de los miembros de una familia. (Aronna, A. y otros, 2011:43-44).

Sobre la valoración de la práctica preventiva dentro del proceso de atención:

Las actividades de promoción y de prevención son consideradas por un médico generalista como:

G1: Casi algo fundante en nuestra práctica, que uno intenta que no se escape.... es cierto que es mucho más difícil cuando se tienen 20 personas esperando afuera, probablemente te quedes con cuestiones más antropométricas”

Esta afirmación pone en tensión la decisión respecto a qué actividad de la atención se le da primacía en este CS, ya que pesar o medir a un bebé pasaría a ser simplemente una actividad más mecánica fácil de consignar, acuciados por responder a la demanda.

Sin embargo, respecto a la pregunta sobre si hay alguna práctica que se priorice más en los controles de 0 a 4 años, responden que dentro de todo el proceso, dan importancia al armado de la historia clínica y a los antecedentes del niño. Luego se va priorizando alguna situación particular más que el pesarlo y medirlo.

El control de recién nacido es una prioridad que está acordada y consensuada entre la gestión y los profesionales que acompañan la ejecución del proceso de atención en los CS, por ser el primer mes de vida el más crítico. El contacto inicial es a partir de la consulta espontánea de la mamá después del parto, con el alta de la maternidad, alrededor de los cuatro o cinco días de vida. Luego, como se desarrolló anteriormente, es citada por el propio médico:

G1: “No saca turno el recién nacido, viene cuando nace y vos lo citas sin turno, digamos, la semana que viene y la otra semana. Uno lo va estirando con una modalidad de atención que sale porque uno se organiza de una manera distinta”

Con respecto a la frecuencia del seguimiento en todos los niños comentan:

G1: “En los niños recién nacidos le decimos cuándo los vamos a volver a ver: en una semana, si está bien lo vamos a ver en 15 días, después durante el primer año lo vamos a ver una vez por mes, y a partir del 2do año una vez cada 3 meses. Por ahí depende mucho de la madre, generalmente lo que vas a ver es que, el control va estar. A lo mejor a los dos meses va a caer...”.

G3: “En realidad muchas veces lo que nosotros hacemos es revisar un poco las guías, las cosas que plantean en relación a que si es necesario que vuelva todos los meses Yo lo hago según si conocemos a la familia. Si viene creciendo bien y se ve que la madre responde, podemos estirar los controles cada dos meses”.

Como asevera Ageitos, M. (2005:4) la vida y el desarrollo integral de cada niño o niña atendido, dependerá también de la mirada interesada del médico, de cómo esa familia perciba

el interés que se tiene en ese niño, de cómo ese profesional se sepa acercar, escuchar y comprender a esa madre, alentando todo lo que hace bien aún en condiciones adversas, junto con la corrección respetuosa de lo que hace mal.

Sobre el protocolo a seguir el médico generalista jefe del CS explica:

G1: *“Vos te plantas al mes del control y sabes que al 1er mes tenés que tener las vacunas del recién nacido, el screening neonatal que tarda un mes en llegar y las Otoemisiones acústicas, estas tres cosas tienen que estar. Entonces te vas fijando por ejemplo cuando llegan los 6 meses, ya tiene que estar con la profilaxis con hierro, las OEA, el screening neonatal, las vacunas hasta los 6 meses y la RX de cadera. Entonces tenés para ordenarte qué cosas tendrían que estar y te vas fijando que estén cumpliendo con eso”*

La descripción de las actividades realizadas y su organización dentro de la atención primaria de la salud infantil, si bien tienen una afianzada realización desde los años '90 en los CS del municipio, ahora se ven reforzadas por la financiación de Nación a través del Plan Nacer, donde se monitorean resultados en salud y se consideran, entre otros, a los siguientes trazadores (Ramonet, M., 2011):

- seguimiento de niño sano hasta el 1er año: con cronograma completo de controles y percentiles de peso, talla y perímetro cefálico y vacunación.
- seguimiento de niño sano de 1 a 6 años: niños entre 1 y 6 años con cronograma completo de controles y percentiles de peso y talla. La AUH le agrega el cumplimiento del esquema de vacunación completo de acuerdo a la edad.

En la frecuencia de controles del Plan Nacer se establecen pequeñas diferencias con la normativa seguida en APS del municipio, siendo: cada 2 meses hasta el 1er año; cada 3 meses hasta los 24 meses; cada 6 meses hasta los 3 años y a partir de esta edad un control anual.

Históricamente se priorizaban los controles de niños de 0 a 1 año o hasta los 2 años. Respecto de las etapas posteriores, la pediatra del CS Ferrandini explica:

P2: *“Los controles después de los dos años son cumplidos por la gran mayoría, a veces se pueden atrasar un mes...”*

En coincidencia asegura la madre de Brian (2 años y 4 meses: *“Lo tengo que volver a traer para el próximo control”* (último registrado en HC a los dos años, le corresponde volver dentro de 2 meses)

Aunque en las HCF de los cuatro niños mayores de 2 años y seis meses atendidos en el CS Ferrandini, cuyas madres fueron entrevistadas, sólo dos habían concurrido a los controles según cronograma. Por lo cual en dicho CS, el seguimiento de niños de 3 a 4 años es variable.

Ante la pregunta: ¿Cada cuánto tiempo lleva a su hijo al CS para control?, las madres contestan:

Madre de Isaías (de 4 años y 3 meses): *“Y no...lo traigo solamente cuando está enfermo”*.

Madre de Alan (de 4 años y 6 meses): *“Antes lo traía seguido, ahora cuando ya la doctora lo vio grande, dice que le haga un control cada año”*

En estos dos niños se registra en la HC último control sano a los 2 años, luego sólo las consultas son por morbilidad, no se consignaron datos de control, sólo el peso.

Es posible contraponer la mirada de dos médicos del CS Emaús confirmando la postura de las madres, afirman:

G3: *“Después de los 4 años, el control se pierde un poco”*

P1: *“No es que hay desinterés, sí a lo mejor no se considera prioritario para la madre porque: ¿para qué lo voy a llevar si total está sano...?”*

Evidentemente, en estas madres la importancia de las prácticas preventivas no alcanza el nivel deseado por los profesionales de la salud. En un estudio realizado en un CS de Rosario, se evidencia que el acceso a los controles se da durante el período en el cual el equipo de salud impulsa activamente el seguimiento periódico, en el período que se corresponde con la entrega de leche. Una vez pasado esta etapa, empiezan a disminuir las consultas de niños buscando la atención desencadenada por la aparición de síntomas. (Díaz, A; Huerta, A. y otros, 2000)

Sobre la importancia del seguimiento de niño de 0 a 4 años para la detección temprana de trastornos

Los profesionales de ambos CS señalan que se busca el tiempo para hacer la evaluación completa de control sano a los niños, le dicen a la madre:

G2: *“Venite mañana o la semana que viene”. Si necesito evaluar el desarrollo y a lo mejor no tengo el tiempo para sentarme y hacerlo que juegue...Lo peso y lo mido hoy y la semana que viene jugamos. En realidad es no caer en una rutina que hay que cumplir”*

P2: *“Porque cuando no se lo puedo hacer, yo les digo que vayan y vuelvan a pedir otro turno, porque es imposible hacerlo, si hace 3 años que no viene. Hay que hacerles el buen control, y si no tengo turno todo ese mes y es un chico que me va a requerir tiempo, no lo voy a poder hacer en el momento.”*

Es así que a partir de los controles se detectan muchas patologías. Comentan que en estos últimos años ven más obesidad en los niños, con peso con desvío estándar que están por arriba de su edad, más que desnutridos.

Respecto del seguimiento de desarrollo de niños de más de dos años, una médica se justifica explicando:

G2: “Si, en algún momento había pasado, que uno trabajaba mucho más o que en realidad está haciendo más hincapié en el desarrollo de 0 a 1 o de 0 a 2 años y después en la consulta más o menos uno lo va viendo... Al hablar con distintos profesionales y después de haber rotado en la residencia con un especialista en Neurodesarrollo e ir viendo su práctica, uno se da cuenta que en realidad, con cosas sencillas se puede ir evaluando a los niños durante la consulta: apilamos con los ladrillitos, veo cómo es el lenguaje, o jugamos con otra cosa; ver que colores sabe...”

Asimismo tres de los cuatro generalistas del CS Emaús hacen referencia en las entrevistas a la evaluación de desarrollo, ya que ellos son los encargados en el CS de realizar el control de niño sano, mientras que la pediatra atiende preferentemente niños con patologías.

En el CS Ferrandini, la pediatra hace referencia respecto del seguimiento del desarrollo infantil, a las actividades que están priorizando a través de los Talleres de acompañamiento de niños de 0 a 3 años (al que asisten 10 madres en promedio) explicando:

P2: En prevención, tenemos a la fonoaudióloga con la evaluación del lenguaje infantil, que es más que todo desarrollo. Es prevención de patologías que dificulten o que alteren el crecimiento y desarrollo, Además vamos viendo según la edad del chico su C y D.”

Se observa que esta práctica no estaría afianzada en igual medida en todos los profesionales que atienden niños. Pueden aplicar sus conocimientos y habilidades para evaluar el crecimiento físico infantil, mientras que el desarrollo es subvalorando en el espacio de la consulta pediátrica de control, sobre todo a partir del 2do año de vida.

Se debe recordar que las cuatro áreas del desarrollo: personal- social; del lenguaje; motricidad fina y gruesa y cognición muestran la capacidad funcional y de interacción psicológica, ambiental y social de niños desde los 0 a los 5 años (Lejarraga, H. y otros, 2016:23) y son posibles de evaluar en infantes provenientes de sectores vulnerables en el primer nivel de atención.

Con respecto a la continuidad en la asistencia de los niños

En relación a cómo lograr la concurrencia de los niños a los controles, un médico del CS Emaús asegura que no da recordatorio por escrito, sino que se lo recuerda a las madres verbalmente, según afirma:

G1 *“Nosotros pensamos que la mamá tiene que ver con los controles y decirles desde un principio, cómo los vamos a seguir a sus hijos”.*

Lo mismo acuerda la pediatra del CS Ferrandini, agregando:

P2: *“Hablando con las mamás.....Insistiendo y también con recordatorio escrito”*

Se busca estimular el compromiso de la madre en los controles de salud de sus hijos, buscando distintas estrategias, sean por escrito u orales. Por ello, en los recién nacidos, luego de la primera visita, el médico cita directamente sin turno:

G1: *“Le digo: “La semana que viene vas a venir a tal hora y lo vamos a controlar”.*

G3: *“Está el carné de control postnatal, en el cual vamos registrando. Yo lo escribo en la HC y en el carné y ahí la madre sabe cuándo tiene que volver”*

G2: *“Una vez ya hecho el control del mes, al 2do mes le digo: Sacá turno para un control programado. Siempre entre los 0 a 6 meses vos vení el día que tengas turno, y si no conseguís, me buscás”.*

También depende mucho de la mamá y la posibilidad de sacar y agendarse el turno. Un médico expresa que:

G1: *“... a lo mejor a los dos meses va a caer...”*

Reafirman que la continuidad se logra con el vínculo con la madre:

G4: *“Lo que uno primero hace es tener un buen vínculo con la madre y una referencia que sea bien firme para que después vuelva a los controles”*

En general van viendo cómo responden las mamás y si tienen dificultades para acercarse al CS a pedir turno para el próximo control. También los médicos de ambos CS, generalmente escriben la citación para la próxima visita en las HC.

En el CS Emaús la misma fue asentada en 7 de los 10 niños en estudio. En dos de los casos restantes se observó cumplimiento correcto de todos los controles mensuales (atendidos por G2 y G4), aunque no se anotó en la HC la fecha de la próxima consulta, estas médicas pudieron sostener una relación efectiva con esas madres. El otro niño (Ñ4) tiene registros de varios profesionales en su HC, presentó asistencia dispar al seguimiento.

En el CS Ferrandini se hallaron registro de próximas citaciones en 5 de los 8 niños estudiados. Del mismo modo que en el otro CS, se advirtió que de los dos niños que no tenían escrito el aviso del siguiente control (atendidos por médica generalista y P2), el

seguimiento resultó adecuado en cada etapa. El niño restante (Ñ13) atendido por la pediatra, tuvo cumplimiento irregular de los controles.

En odontología, por lo general las mamás de los chicos de 2 a 4 años concurren a las citas. La atención de la salud bucal por parte de los odontólogos en niños de las edades en estudio en ambos CS, se basa en normativas de odontología preventiva para menores de 6 años. Consisten en consejos sobre salud buco-dental, talleres de cepillado y topicaciones preventivas con flúor.

En el CS Ferrandini la continuidad en la asistencia odontológica se logra recordándole la cita a la mamá del niño:

O2: *“Acordate de tal fecha, volvé, buscame. Y sino cuando la veo en la sala de espera en enfermería, le digo: no viniste. La parte preventiva a ellos le cuesta mucho”*

Otra estrategia para asegurar la continuidad, es que cuando se atienden, el siguiente turno no lo sacan, se lo llevan sin necesidad de “hacer cola”. El segundo turno es puramente preventivo, para aprender el cepillado:

O2: *“La dificultad es que las madres entiendan que si vos le lavás bien, no tienen que darle el ATB y el dolor de muela pasa en el diente de leche... Y que hay que traerlos de chiquitos...”*

La odontóloga hace prevención, intentando mejorar hábitos. Observa cuando entran las madres con el bebé con su mamadera en el cochecito, acompañando al hermano mayor. Les recomienda no incorporar azúcar en la leche, lavarle los dientes antes de acostarlos desde los 8 meses, no darles gaseosas cola en la mamadera, porque luego ve la secuela de caries en los niños de cinco o seis años.

En todas las intervenciones anteriores se reafirma la importancia del vínculo, sostenido desde la postura de Cecilio, LC (2002), como necesidad primordial de la integralidad en el proceso de atención de la salud en el primer nivel, en este caso con las madres como partícipes fundamentales en el seguimiento de la salud de sus hijos.

La continuidad de los controles obligatorios en los niños beneficiarios del Plan Nacer y de la AUH, no ha tenido demasiado impacto en la población atendida en el CS seleccionados para este estudio, según reflejan las siguientes afirmaciones:

G1: *“Una gran cantidad de mujeres cumplían ya, es decir, accedían a los controles de Niño sano o enfermo de 0 a 4 años, y llegaban antes de la Asignación, porque durante muchísimos años lo que hemos intentado es mejorar justamente lo que tiene que ver con la accesibilidad. Pero sí ha tenido impacto en la gente que no llegaba, en la gente que se colgaba digamos. Hay mamás con chicos que tienen la suerte de que no se enfermen, entonces no los traen...”*

P2: “La mayoría cumple los controles. Los menos son los que vienen nomás por la AUH. A mí no me parece que sean mayoría. Ayudó a que se acercaran algunos papás que no hubiesen venido nunca. Han registrado a través de la asignación, que tenían que venir al médico”.

Con respecto a la imposición del control para recibir la asignación, donde las madres a veces concurrirían solamente para firmar la libreta, los profesionales aseguran no la completan si el niño no tiene el control realizado. La pediatra opina que así ha mejorado bastante el seguimiento de los chicos:

P1: “La AUH tiene una funcionalidad y un objetivo. Yo intento que se cumpla, el tema es que nosotros no nos enganchemos en llenarlos para que cobren y no los controlemos”

Pero otro médico reflexiona agregando:

G2: ...”Es bastante controvertido..., me parece que hay que hacer hincapié, en realidad, en porqué uno hace el control y para qué, que eso no sea una obligación para poder acceder a algo... que se tenga un seguimiento o detección temprana, que no sea solamente el bajo peso o alguna patología biológica, sino ver también aspectos referidos a lo familia”.

Hay diversidad de posturas frente a la atención infantil, algunos médicos refieren a acciones más normatizadas y en este último profesional aparece una mirada más amplia, al considerar también el entorno familiar en que crece cada niño y las oportunidades que se brindan para su cuidado.

Sobre otros profesionales que intervienen en la atención infantil del niño sano de 0 a 4 años

Los enfermeros participan en la atención preventiva en los dos centros de salud, a través de la vacunación de acuerdo a protocolos, en el llenado del carné y su control. Vuelcan la información de la atención en el programa provincial SICAP.

La continuidad en la concurrencia para vacunar se logra recordándoles a las mamás cuándo les corresponde a sus hijos la siguiente vacuna y se anota la próxima fecha en el carné de cada niño. La enfermera asegura que cumplen bastante, muy pocos se olvidan:

E1: “Cuando no cumple la madre, yo por lo menos.... la reto y le digo que es importante lo que está dejando de hacer, para que entienda”.

En el CS Ferrandini, con los pacientes del radio se hace un registro en papel, además de cargar por sistema informático. Se les pide dirección y teléfono. Además queda todo registrado, en el caso que las madres extravíen el carné.

La enfermera comenta que participa de los Talleres de acompañamiento de niños de 0 a 3 años cada mes. Aconseja a las mamás no vacunarlos cuando tienen fiebre y se los cita para otra fecha. Ella interviene para recordarles, cuando se olvidan de llevar a sus niños a vacunar, sobre todo para la vacuna del 1er año de vida. Explica:

E2: *“Ponemos carteles mes a mes en Enfermería con el nombre y el apellido de los que son nuestros pacientes, y a veces si no vienen, los llamamos por teléfono. En octubre nos faltaron 2 o 3 chicos de nuestro radio, en noviembre tantos, en diciembre... y ahí vamos tachando”.*

Anteriormente comprobaban que cuando tenían tiempo de hacer un control de niños vacunados en sus registros, podían encontrar un niño que ya tenía 2 o 3 años y le faltaba la vacuna del 1er año. Debían ir a buscarlo al domicilio y lo más probable era que ya estaba vacunado en otro lugar o que se había mudado. Ahora se revisa mes a mes, entonces ya saben quiénes faltan de los que están en el radio del CS.

Otra estrategia de este CS, es dejar un cartel abrochado adelante de la HCF y esperar que alguno de los profesionales del CS que atienda una consulta lo vea:

E2: *“A veces a la HC la comparten 15 personas. A lo mejor alguno lo ve y así el médico sabe y le avisa.”*

La enfermera del CS Emaús explica que anteriormente iban a controlar los carnets de los niños por cuadras, llevando consigo las vacunas. Después comprobaron que perdían mucho tiempo porque la mayoría tenía carnés completos.

E1: *“Hemos hecho algún tipo de vacunación de bloqueo, hemos ido a la casa de la familia alguna que otra vez, cuando hubo algún caso. Pero en general la gente viene a vacunarse, o sea muy pocos se olvidan”*

También los enfermeros son los encargados de hacer los controles de stock y de elevar los pedidos de vacunas, ya que la inmunización es uno de los pilares de la Atención Primaria. En cuanto a suministros dependen del stock que haya. Por lo general siempre tienen dosis para menores de 2 años. En algunas épocas faltaron algunas, pero aseguran que se recompone rápidamente:

E2 *“Lo que pasa es que cuando nosotros tenemos en falta, no es a nuestro Centro de Salud, es a todos Por ejemplo, hace poquito faltaba una de las vacunas del año, la Triple viral. Desde Vacunación nos autorizaron a poner Doble viral. Cuando hubo Triple viral había que recuperar a los chicos y colocarla. Lo mismo pasó con, la Cuádruple, de los 18 meses. Entonces les vamos avisando a las madres”.*

El personal de enfermería firma el carné de vacunación y después las madres lo muestran durante la consulta médica. En la carpeta de la HC está adosada una planilla de vacunación,

pero pocos médicos la llenan, sólo consignan en la HC “vacunas completas”, pero una enfermera opina:

E2: *“Lo ideal sería que las pasen con fecha puntual”*

En cuanto a inmunizaciones, como eje de la medicina preventiva, los roles parecen estar bien diferenciados en cuanto a responsabilidades, aunque son compartidas en el proceso de atención de la salud infantil.

Sobre actividades de promoción comunitaria:

Un médico afirma que en el CS Emaús no hay actividad concreta para el grupo etario en estudio, aunque realiza particularmente la promoción de lactancia materna o del desarrollo psicomotor en la propia consulta. Sin embargo, hay actividades que se mantienen desde este CS, en el Centro de Convivencia Barrial (CCB) cercano, donde asisten menores de 4 años.

En el caso del **Taller** de seguimiento de los niños de 0 a 3 años, que funcionaba años atrás en el CS Emaús, los profesionales, reflexionan:

G1: *“Acá hay otras actividades, por ahí pequeñas porque nosotros no tenemos ese Taller de seguimiento de los niños, hubo en algún momento pero cuando yo vine al CS ya hacía 6 años, que ya no estaba. Pero yo venía del Ceferino, que es el centro de al lado, donde sí lo estábamos haciendo, pero lo terminamos revisando....”*

G4: *“Por ahí he escuchado que el Taller de estimulación de 0 a 3 años que estuvo durante un tiempo acá, por lo que refieren las otras médicas y la misma pediatra, le trajo muchos beneficios al tema de la estimulación temprana. Y después bueno se hace un control mejor del niño”.*

F: *“Antes todos los CS del Distrito Noroeste tenían el Taller”,*

Una de las dificultades que tendieron a su desaparición, fue que en los centros van cambiando los equipos de profesionales y el compromiso de cada uno de ellos en integrarse a la actividad. Al principio se trataba de armar un equipo interdisciplinario compuesto por enfermero, médico, odontólogo, psicólogo y fonoaudiólogo. En este momento, sólo en el CS Ferrandini continúa esta actividad:

F: *“Actualmente la psicología no está incorporada. Pero en el CS Emaús con la psicóloga, años anteriores hemos tenido trabajos conjuntos, de consultas puntuales, o de hacer entrevistas conjuntas pero no ahora.”*

P2: *Los talleres están desde el 2009. Esta psicóloga no se integró a los talleres, la anterior apoyó y ayudó un montón....Además la fonoaudióloga fue la que lo impulsó acá, la que lo venía haciendo y es el único taller que se sostiene ahora.”*

Dentro de las dificultades del trabajo en Taller, la fonoaudióloga expresa que:

F: *“El caso de los equipos, por el lado de los profesionales, no todos están dispuestos o no quieren hacer un trabajo de Taller porque no les gusta, porque no están preparados, porque prefieren el consultorio más tradicional. Y porque también hay pacientes que no les gusta asistir a una actividad.”*

Este dispositivo aborda con una mirada integral esta etapa fundamental de la vida de un niño. A través de este espacio se intentan alcanzar los objetivos de prevenir, detectar y atender problemáticas del neurodesarrollo, fortalecer el vínculo madre-hijo, promover la autonomía de las madres en el acompañamiento de los niños y respetar la diversidad cultural para integrarla como recurso genuino. No pretende aumentar las tareas de los trabajadores de los equipos, sino redireccionar la utilización del tiempo de trabajo con la observación in situ del modo de relación de la mamá con el niño (Ginghini, M. F., 2008)

El Taller de seguimiento de niños de 0 a 3 años del CS Ferrandini ya está afianzado a lo largo de los años, aunque fue cambiando y actualmente se convoca a mamás adolescentes que asisten a medida que crece su bebé. Concurren generalmente hasta el año o año y medio. La fonoaudióloga participa junto con la pediatra y la enfermera. El mismo se realiza una vez al mes, los días miércoles de a 9 a 11 hs, con una asistencia promedio de 10 madres.

Durante el mismo, se habla sobre patologías de acuerdo a los meses, sobre la alimentación correspondiente a cada etapa y cómo se incorporan los sólidos. Se prioriza algunas pautas del desarrollo, como el lenguaje infantil, con la evaluación de la fonoaudióloga de patologías que dificulten o que alteren el mismo según la edad del niño. De acuerdo a la época del año, agregan charlas sobre cómo prevenir enfermedades respiratorias o gripe. Añade la pediatra:

P2: *“Lo que va surgiendo se va dando. Ya viene el calor y se va hablando sobre la prevención del sol, sobre las irradiaciones. Y ahora vamos a incorporar la prevención de accidentes y los golpes en piezas dentarias con el aporte de la odontóloga”*

Las profesionales entrevistadas encuentran como logros, que aunque a las mamás adolescentes, en los primeros talleres les cuesta un poco participar, contar o responder lo que se les pregunta, poco después vuelven con inquietudes; se apoyan entre ellas y se sienten acompañadas. Se forma un grupo que se conoce y comparte experiencias de lo que les pasa con sus bebés, se ayudan entre todas dentro de lo que pueden solucionar entre ellas mismas.

Luego cuando van a la consulta, vuelven a preguntar, asegura la pediatra. Incluso cuando dejan de asistir a los talleres, recuerdan las pautas a tener en cuenta en el crecimiento y desarrollo, por ejemplo sobre el lenguaje:

F: *“Yo creo que ese es un logro, incluso cuando dejan de venir, porque en realidad el taller está planteado hasta los 3 años. Las pautas y los indicadores que les vamos dando, ellas los tienen en cuenta porque a lo mejor si llegó a los 3 años, o empezó el*

Jardin y ven que el nene no habla bien o que no le entienden o comparan con otros chicos en la familia que hablan mejor, vuelven a consultarme y a preguntarme.”

Pero a pesar de que este taller se sostiene únicamente en la actualidad en un solo CS del distrito, esta profesional reconoce el impacto logrado, aunque sólo se dispone de información empírica de los resultados obtenidos a partir de estos espacios.

No obstante, según la pediatra, lo que motiva la continuación de la asistencia de las mamás a los Talleres es el control pediátrico de los niños, y agrega:

P2: “A mí se me dificulta, no me gusta estar haciendo las dos cosas. Me gustaría que no sea el día del control, pero si no, no vienen.... Por ejemplo, la semana pasada como estaba de licencia, aunque al taller lo iban a hacer en mi ausencia, se enteraron que yo no estaba y no vinieron.

La continuidad en la concurrencia al Taller se logra agendando el mismo día que se hace la actividad, la fecha para el próximo encuentro. Se les dice y se lo llevan escrito. También se pone un cartel en el consultorio y en la sala de espera del CS para que las mamás lo recuerden.

En el intento de comprender las relaciones implicadas en la implementación de las acciones de promoción de la salud que los actores realizan, aparecen distintas miradas, según las propias experiencias favorables o no de los profesionales. La dificultad de su sostenimiento en algunos de ellos implicó tener que asumir una actividad extra dentro del CS, sumándola a la de cumplir con la gran demanda de atención de pacientes. Además fueron cambiando los miembros de los equipos y no todos estaban dispuestos a asumir ese compromiso dentro de sus funciones. Asimismo fue a partir de la carga horaria de la fonoaudióloga, repartida entre cuatro CS, que se realizaban una vez al mes en cada CS del Distrito Noroeste.

En niños con riesgo biológico y ambiental, con entorno familiar, y social deprivado, y teniendo en cuenta a la población infantil considerada en este estudio, resulta fundamental sostener la continuidad de esta modalidad de trabajo. Si la promoción y la prevención de la salud infantil se constituyen en uno de los pilares, estas actividades deben valorarse y programarse más allá de lo poco o mucho que se haga al interior de los CS.

A continuación, se muestran las actividades de coordinación resultantes del encuentro de los efectores de salud con algunas instituciones de la comunidad, a partir del relato de sus protagonistas.

2- Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación

Este eje se refiere al modo en que se coordinan y logran articularse las actividades de promoción y detección con la atención temprana y la recuperación en niños de 0 a 4 años en los centros de salud de atención primaria seleccionados.

Actividades de prevención de la salud infantil

En los dos CS, los odontólogos organizan talleres de cepillado en consultorio con niños/as que se encuentran dentro de la etapa investigada. Esta actividad preventiva, se realiza dos días a la semana, de tarde y de mañana. El paciente va para aprender a cepillarse los dientes, pero se busca especialmente generar un vínculo con niños pequeños, desde los dos años.

La madre que trae al hermano mayor con su cepillo concurre acompañada con un hermanito más chiquito, que no viene para el Taller, pero también él pide su cepillo. Entonces siempre intentan tener algunos para darles y también aprovechar la oportunidad para revisarlo. Cuando la madre consulta si también tiene que ir el menor, explican:

O2: “Si, porque aunque esté sano, esto es para que no se enferme.”

O1: “No hay límites de edad de comienzo, pero nosotros al taller lo hacemos con la pasta de flúor, y si no tiene el reflejo para escupir no se lo damos, aunque hacemos como que le damos al hermanito que quiere jugar con el cepillo...Pero la pasta que es fluorada como es de una gran concentración, en el menor de 2 años no se la damos”

En general, en cuanto a salud bucal, en ambos CS trabajan poco con niños de dos a cuatro años. Como son dientes temporarios, según el programa de la Municipalidad, las piezas no se restauran, sino se hace topicación y técnica de higiene, se mantiene inactivado, hasta que los temporarios se caen y aparecen los dientes permanentes.

En el rango de edad en estudio, ninguna madre concurre con su hijo a hacer control de niño sano, lo hacen para buscar la prestación en caso de que vean las piezas enfermas:

O2: Vienen y dicen: “Mira mi nene tiene caries. Así el primer contacto con el odontólogo siempre es por dolor, por la patología.”

La odontóloga del CS Ferrandini observó en un estudio la pérdida en forma temprana del primer molar permanente, que aparece a los 6 años. Los padres no le dan importancia y se pierde porque creen que es temporario todavía.

También acuden para el certificado bucodental para asistir a piletas o a Jardín de tres años, instancia de gran importancia para la detección temprana de anomalías.

Asimismo se realiza la tarea preventiva en el Centro de Convivencia Barrial (CCB), anteriormente llamado Crecer N° 28, cercano a este CS donde concurren niños de 3 años. Desde hace seis años, se trabaja junto con la maestra jardinera. Les dan los cepillitos y hacen el cepillado diario todos los días. La profesional se traslada hasta allá cada 15 días a hacer el control y la topicación con fluor, explicando:

O2: “Hacemos juegos, dibujos, pegamos figuritas de alimentos saludables, una actividad recreativa y eso lo sostenemos con el mismo grupo docente”

De la igual manera, asiste invitada a encuentros grupales con madres en el CCB durante el año, con la colaboración de la directora y maestra jardinera del Jardín, dando charlas sobre prevención, sobre fracturas dentales por caídas, cómo se forman las caries, y sobre alimentación sana. También concurre la pediatra a participar de estas reuniones.

Se realiza la articulación continua a partir de los talleres de cepillado con el CCB del radio. También a fin de año los niños concurren al CS a conocer el espacio del consultorio odontológico, para motivarlos sobre la concurrencia a los controles, según explica:

O2: “Hacemos una especie de juego en el sillón del consultorio; yo les hago recorrer el CS... lo hago sola o con mis concurrentes de odontología”

Cabe considerar luego de la información recabada y desarrollada anteriormente, que en odontología, estos profesionales pueden tomar la decisión de acompañar un proceso que se programa priorizando las acciones preventivas en la infancia, junto con la atención de la demanda.

Dentro de la prioridad de acciones preventivas desde la atención integral desde los CS, del mismo modo los enfermeros realizan el seguimiento de la vacunación de los niños del radio de los CS, los médicos los controles de niño sano y la fonoaudióloga participa en talleres y charlas con la comunidad.

Factibilidad de la articulación de acciones

La coordinación de acciones de promoción, prevención y recuperación dentro del proceso de la atención infantil de 0 a 4 años en el CS Emaús es buena, según los médicos generalistas:

G2: No hay un día en especial donde yo haga control de Niño sano. No, porque entiendo que no tiene que disociarse del resto de la atención.

G3: Hay un sentido de trabajo, a lo mejor en esto de hacer una evaluación más integral. Luego ante cada paciente elaborar alguna estrategia como para

rehabilitación, tratamiento....en la atención clínica uno va priorizando cada caso en particular”

Según el tratamiento se verá de qué forma y con qué circuito se cuenta. El mismo médico lo puede gestionar a través del Jefe de CS, o cuando es de otra índole, con el Coordinador de Distrito en una reunión de equipo. Se logran los resultados adecuados, aunque sorteando algunas dificultades en el camino para resolverlo.

También los generalistas del CS Emaús se relacionan con el Centro de Convivencia Barrial (de Génova 5978), donde hay un espacio al que asisten niños de 2 a 3 años. Un médico explica:

G3: “Trabajamos articuladamente con el CCB de acá a la vuelta. La mayoría de los chicos que yo veo, que tienen algún problema o problemática en relación al desarrollo, siempre insisto a que concurran”

En este punto, es necesario recordar que la cobertura de las necesidades de salud y nutrición es condición necesaria pero no suficiente para un desarrollo óptimo, que implica atender simultáneamente las necesidades físicas, intelectuales y sociales del niño. No existe posibilidad de equidad social sin un proyecto que ponga un fuerte acento en lo educativo y en la necesidad de articulación con el sector salud. (UNICEF, 2005:55)

Además hay actividades que se sostienen desde este CS, con la concurrencia de la fonoaudióloga a reuniones con las maestras del CCB, para hablar acerca de los niños que presentan trastornos y se ocupa de los casos que necesitan algún nivel de intervención.

La articulación de acciones preventivas y de tratamiento se destaca en el trabajo de salud bucal, a partir de los Talleres de cepillado citados anteriormente. A través de estos espacios, la odontóloga del CS Emaús cita y programa los turnos para comenzar tratamientos en niños, cuando los detecta o cuando refieren dolor:

O1: “Después del taller de cepillado, ellos saben que se tienen que quedar”.

Tiene que hacer una motivación previa con los niños pequeños, con mostración de instrumental, antes de la atención en particular. Debe conversar con los padres respecto de su ansiedad:

O1: “No es que va a venir el nene y yo le voy a hacer el arreglo de la muela que le molesta. Los nenes tienen otros tiempos, no lo puedo sentar en la primer consulta y anestesiarlo”.

En ambos CS, los pediatras y los médicos generalistas derivan a los niños cuando ven caries o flemones a repetición. En casos de alto índice de caries, se le hacen arreglos comunes sobre las piezas que se puedan salvar, y parte preventiva, con sellantes.

En el CS Ferrandini, la forma particular de articular acciones en esta etapa infantil, es a través del Taller de acompañamiento de niños de 0 a 3 años ya citado en el punto anterior, donde se hace promoción y prevención, y también asegura la pediatra:

P2: *Y en el consultorio... hablando con la mamá”*

Asimismo la fonoaudióloga articula su accionar participando de dichos talleres⁵⁴ trabajando con las madres en prevención de pautas de C y D, aseverando:

F: *“De alguna manera haces clínica también. Y si hay algún indicador o algo que llame la atención, me vuelven a consultar”.*

Ante la necesidad de cubrir la atención de niños que no podían acceder a un tratamiento fonoaudiológico en el 2do nivel de atención, luego se incorporó el trabajo en consultorio en los dos CS atendiendo a aquellos niños que ya tenían alguna patología.

En el CS Ferrandini se sostuvo el taller con continuidad todos los meses; pero en invierno, cuando hay mucha demanda de pediatría por las enfermedades respiratorias, se suspende porque las condiciones no estarían dadas, teniendo un grupo de niños con alguna patología.

En el CS Emaús se dejó de hacer el Taller citado y se jerarquizó la necesidad de atención fonoaudiológica por la gran demanda de pacientes, donde esta profesional alterna detección temprana en niños pequeños con seguimiento evolutivo, según explica:

F: *“Allí mi trabajo es puramente asistencial. Pero he tenido algunas derivaciones de pacientes chiquitos, a los que yo hago una entrevista con la mamá y como no es para ingresarlo a un tratamiento, trabajamos con algunas pautas, y a lo mejor lo cito al mes o a un tiempo para volver a controlarlo”*

Sobre nuevas propuestas para impulsar en el CS Emaús acciones de promoción comunitaria infantil, que es presentada desde la Dirección de los CS, se exploya:

F: *“Este año tuvimos reunión con un grupo de médicos que hacen talleres de juego en otros centros de otro distrito y que están tratando de replicar ese taller en diferentes lugares. Tuvimos el intento este año en el Emaús y no pudimos acordar un día para empezar a hacer la formación de unos tres o cuatro meses del equipo”.*

Es una actividad puramente de juego donde se trabaja con las mamás de niños pequeños por ejemplo, en la alimentación. Se tiene que armar un equipo con un mínimo de 5 profesionales, entre ellos: médico, psicólogo, enfermero, que se comprometan a la formación. Pero esta profesional expresó las dificultades que acarrea incorporar esta nueva actividad a las ya existentes.

⁵⁴ Esta profesional empieza a trabajar en los CS del Distrito NO, a partir de una convocatoria para hacer talleres de prevención del crecimiento y desarrollo infantil en el año 2006.

Aquí se evidencia que lo que dificulta la motivación de los trabajadores del sector salud es que los resultados de las acciones de promoción de la salud se ven a muy largo plazo.

Dificultades y logros entre prevención y atención

En el CS Emaús, un intento de articulación de acciones fue, según recuerda la pediatra, que ante la cantidad de niños obesos que se atienden, se realizó un Taller de Nutrición hace un tiempo en el CCB, con una nutricionista concurrente. El objetivo era enseñarles a las madres a cocinar, aún con lo mismo que tienen para que sea más saludable. La profesional hizo un trabajo muy interesante, recorriendo las verdulerías y las carnicerías del barrio para ver cuáles eran los cortes más accesibles. Pero la dificultad fue que a la convocatoria iban las mamás que siempre accedían al CS y que se integraban con el resto de las instituciones del barrio, pero no asistían las familias que realmente lo necesitan. Además el recurso humano era ad-honorem, entonces la continuidad fue muy difícil de sostener.

En algunos casos el proceso de atención preventiva se inicia por intervención del médico:

P1: *“Hay algunas madres que las pescás y le hacés el control del hijo cuando las ves. Es decir, las cruzo en la esquina del barrio y les digo: “Cuánto hace que no veo al nene, tráemelo ahora” Y a los 5 minutos volvió y me lo trajo”.*

Se evidencia la forma en que se asegura la accesibilidad y el cuidado de la población bajo cobertura. De los 350 pacientes mensuales que la pediatra del CS Emaús atiende, 70 son turnos programados de control y el resto son turnos espontáneos, ya que las madres tienen una percepción de la enfermedad importante y no tanto para el control, según manifiesta:

P1: *”A veces hay consultas que vos decís, para qué me lo trajo, por un grano en la cabeza...Pero sobre los controles sano, no es que haya desinterés, sí a lo mejor no se considera prioritario el control porque para qué lo voy a llevar si total está sano. Y les digo: “para encontrar las cosas que vos no ves y que a lo mejor están.”*

Se destaca el vínculo médico-paciente, donde la madre pueda confiar en el profesional y que éste pueda estar a disposición cuando sea necesario, aunque esté ocupado.

Aunque en ocasiones, ha habido complicaciones con algunas mamás en relación con el manejo de algunas situaciones, como explica esta médica:

P1: *“Realmente la posibilidad de sentarme a charlar con ellas, ha hecho que no tenga ninguna dificultad ni problema...Hay pacientes que vinieron un día con fiebre y las madres no vuelven a consultar. Luego vuelven al 5to día con una neumonía, y les digo:” Pero gorda qué pasó;j por qué no lo trajiste?”*

Esta médica intenta mejorar los hábitos en cuanto a indicadores de alarma para la búsqueda de la atención prioritaria. Al respecto se comprobó que las HC los médicos anotan “*pautas de alarma*” dadas a las mamás cuando en la consulta advierten síntomas de posible complicación de la patología por la cual asistieron al niño.

Asimismo, los profesionales expresan que la forma de trabajo es particular con el recién nacido con atención sin turnos programado, durante los primeros tres meses. También se les recuerda a las mamás cómo lograr prioridad para el control de su hijo:

G1: “Si dicen es menor de un año y hace 2 meses que no se hace el control, se le otorga inmediatamente.”

P1: “Les digo que no se queden con el no de la administración. Que me busquen que uno siempre tiene un lugarcito donde acomodarlos”

De este modo, los profesionales logran que la población supere barreras administrativas burocráticas que dificultan la utilización de los servicios en el 1er nivel.

Modalidad de seguimiento de casos. Prioridades

En los recién nacidos se realiza el seguimiento semanalmente hasta el mes, pero dependiendo de cada niño. Al respecto aclaran:

G2: “Al niño que está con bajo peso, se lo tiene que seguir más de cerca, o en otros casos que aumentan bien se le puede decir : “te puedo volver a ver de acá a dos meses”

Otra forma de articulación de acciones se da cuando en un paciente que consulta por enfermedad o para control, se detecta que no tiene una vacuna. La vacunación en los CS como se vio en el eje anterior, se considera prioridad para todos, tanto para médicos y enfermeros.

Asimismo, en los casos de bebés de alto riesgo que llegan para los controles al CS Emaús aparecen dificultades, según aporta un médico:

G1: “Generalmente llegan y por ahí se terminan diluyendo los controles, con la referencia más en el 2do nivel. Habitualmente los chicos que son de alto riesgo, que nacieron con alguna dificultad tienen muchísima más accesibilidad, lo cual está buenísimo. Generalmente vienen con el Fondo de Ojos hecho, con las OEA hechas, el estudio cardiológico realizado, la citación en cuántos meses, es como que vienen como más estructurados”

Al respecto, en el trabajo sobre evaluación de registros en el primer nivel (Aronna, A. y otros, 2011:41), se percibió que en un trazador como “seguimiento de niños con problemas neonatológicos” no se disponía de la información relevante para articular ese seguimiento desde APS. Mientras que los generalistas del CS Emaús explican que si son hijos de familias

adscriptas, tratan de tener el seguimiento de esos pacientes, a pesar de verse superados por la demanda:

G1: “Muchas veces nosotros los perdemos...aunque tratamos de tener el mayor registro posible, estamos ahora con esto del fichero informático como para poner en cada paciente, cuándo lo queríamos volver a ver y lo vimos; cuando nos podríamos estar alertando...”

G2: “En realidad los vamos viendo nosotros. Los que nacen pre término lo siguen el pediatra o el generalista en el centro de salud y también está el SANAR que es el que va siguiendo al bebé durante los primeros dos años en forma más personal”

Este profesional se refiere a que en el ámbito de salud municipal se dispone del programa SANAR para el seguimiento de los niños nacidos de alto riesgo. En todos los distritos del municipio se trabaja en red con los equipos de los CS, con profesionales especializados en neurodesarrollo de modalidad itinerantes, en dispositivos de intervención temprana interdisciplinario e interinstitucional.

Dentro del Distrito Noroeste, una especialista en neurodesarrollo, es quien evalúa a los niños derivados. Concorre a cuatro centros: los primeros días viernes en CS Juana Azurduy, los segundos viernes en el CS Juan B Justo, los terceros en el CS Libertad y los cuartos en el CS Roque Coulin. Los residentes de Medicina General rotan con ella en su formación, tienen un vínculo directo y se comunican directamente en caso de necesitar interconsulta.

Además la fonoaudióloga que atiende en ambos CS en estudio, afirma con respecto al trabajo con dicha médica:

F: Si hay pacientes que por una cuestión puntual hay que citarlo al CS, se la llama y ella viene a evaluar y la verdad tenemos un contacto directo. También hice con ella evaluaciones conjuntas, a veces si es el día que coincidimos en el CS. Ella en realidad no solamente atiende los chicos del Programa Sanar, ve a todos los chicos que tengan alguna cuestión”

Al respecto, un médico relata el circuito a seguir para la confirmación de diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo en un niño de 2 años y 10 meses. Fue atendido por la especialista, se derivó a Neurología para estudios y luego a realización de pruebas auditivas en el Cemar. Aunque luego no pudo iniciarse la evaluación fonoaudiológica en el CS por falta de disponibilidad de turnos.

Con pacientes con patologías crónicas, se articulan las acciones necesarias para su atención, como la pediatra explica:

P1: “Hay pacientes con patologías crónicas, que por ahí uno les está más encima. Por ejemplo un pacientito renal crónico, que encima la madre se mudó, pero eligió seguir

atendiéndolo acá. La continuidad es más complicada, pero yo las conozco a las nefrólogas del Hospital, y por ahí el nene viene para acá y me comunico con ellas, o va para allá y ellas me llaman a mí”

En la investigación de Aronna, A. y otros, (2011:42), se destaca que resultaría información estratégica para la toma de decisiones en relación a las condiciones de acceso, a los aspectos organizacionales de APS en particular y del sistema de salud en general, si desde el primer nivel se lograra la construcción de indicadores por problemas de salud/enfermedad de la población infantil que se atiende en los CS, como podrían ser, entre otros, los antecedentes de problemas perinatales en los niños. Además estos trazadores permitirían, también futuras articulaciones con el sector educación, para lograr intervenciones precoces y oportunas en niños con antecedentes de riesgo.

En el eje desarrollado, se destaca la modalidad de seguimiento priorizando la coordinación del tratamiento de los niños con patologías. A partir de instancias de actividades preventivas se logra la detección temprana, se inician las interconsultas correspondientes y el tratamiento oportuno. Se observa la apropiación de los procedimientos disponibles por parte de los miembros del equipo de salud, activados a partir del compromiso por mejorar la salud de los niños asistidos. En el eje siguiente se desarrollarán la forma de realización de las mismas.

3-Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica:

Forma en que se efectiviza la referencia para estudios complementarios e interconsultas

La derivación en ambos CS al segundo nivel de los niños de 0 a 4 años para exámenes complementarios o interconsultas, se realiza al Hospital de Niños Zona Norte y al Hospital Dr Victor J. Vilela. Aunque muchas madres prefieren el primer efector por su cercanía.

La forma en que se efectiviza la referencia a los otros niveles de resolutivez para estudios es diversa. La fonoaudióloga relata que si es necesaria una evaluación audiológica, se pide turno al Centro Integral de la Audición o para consulta con neurólogo, al Hospital Zona Norte o al Hospital V.J. Vilela.

Para odontología en ambos CS, la derivación es al Servicio de Salud Bucal del CEMAR, donde disponen de equipo de rayos o también en casos complejos de atención. Además al Hospital de Niños Zona Norte, en traumatismos comunes, por ejemplo, por caídas.

En el tema de las Otoemisiones, que son obligatorias para todo recién nacido antes del alta de la maternidad, un médico explica:

G2: *“Para hacer las OEA en recién nacidos, a veces en la Maternidad Martín se ha roto el aparato y han salido solamente con turnos, y esto duró bastante tiempo...”*

Se les dan las citaciones y los médicos posteriormente se encargan de recordárselos para que las madres vayan con sus hijos. Los profesionales refieren, con respecto a los estudios efectuados en el segundo nivel de atención, que el screening neonatal tarda un mes en llegar. Lo mismo puede pasar con las OEA, pero en general no hay mayores problemas.

G1: *“Salvo que esté alterado, que lo manden antes y ahí lo vamos a buscar al paciente para ir a repetirlo”*

Para radiografías se los envía directamente, explica un médico generalista:

G2: *“Ya está más o menos aceitado el circuito, uno le dice andá a tal hora sin turno, que es por orden de llegada, se lo envía directamente. Si es para un especialista, tienen que venir a sacar el turno acá y hacer la referencia”*

En ninguno de los dos efectores del segundo nivel pediátrico dan los turnos a los pacientes por ventanillas. Siempre se obtienen desde el primer nivel, aunque con dificultades burocráticas y de demoras. La pediatra del Cs Emaús explica como es el procedimiento:

P1: *“El turno al Hospital Vilela va por planilla, o sea desde el CS los días lunes se envía una planilla con los turnos pedidos por especialidad, eso va al Hospital y de allí, cuando van saliendo los turnos por lista de espera, te llaman y te dicen:” te paso tal turno de la planilla de tal día.”*

En el Hospital Zona Norte se dan los turnos por teléfono, pero la administrativa del CS tiene que llamar y esperar que la atiendan, en el momento que está el paciente esperando en el efector.

Para algunas especialidades como oftalmología y otorrinolaringología o para ecografías puede haber mucha demora, no así en otras. Para Cardiología se dispone de especialistas para la derivación en el CS Policlínico San Martín o en el Hospital V J Vilela.

Se observa que no hay dificultad en la urgencia, sino en lo cotidiano. Del mismo modo coinciden las pediatras de ambos CS, quienes aseguran que depende de la gravedad; si el paciente puede esperar, se saca turno, sabiendo que el mismo demora dos meses promedio. Relatan:

P2: *“Me ha tocado un bebé con sobrepeso importante, un lactante que yo quiero que lo veamos rápido con la nutricionista, con el endocrinólogo, porque no sé si va a ser*

hipertenso o diabético, llamo y hablo al servicio de Nutrición, que ya los conozco y me dicen: la semana que viene traémelo.”

P1: “Si es urgente uno tiene otra vía. Yo me formé en el Vilela, entonces a la mayoría de los interconsultores los conozco. Tengo el celular, si es una cuestión muy urgente, uno llama, en general no encuentra dificultad en la excepción, ni en la urgencia.”

Se destaca que la vía informal es la regla común para resolver las urgencias. Como se vio anteriormente, los médicos generalistas que hacen atención de niños, recurren al pediatra del CS para consultar sobre pacientes con patologías específicas. Éstos su vez recurren a los especialistas del 2do nivel vía telefónica, para conseguir la atención inmediata sin espera de turno y así logran resolver con cierta premura los cuadros mórbidos complicados de los niños bajo cobertura de ambos CS. Ante esta instancia que se resuelve naturalizando un accionar directo por fuera del circuito de referencia, de los profesionales responsables de los niños/as adscriptos, aparece la necesidad de contar con un protocolo consensuado entre el primer y segundo nivel de complejidad para manejo de la atención de casos clínicos de urgente resolución. Se reconoce en los integrantes del equipo, el compromiso y eficiencia en relación al “deber ser”, en pos de agilizar la resolución de los mismos.

Derivación a especialistas. Referencia y contrarreferencia ante la detección de una problemática

En cuanto a la derivación de los niños/as y el seguimiento con especialistas, se hace la referencia desde el CS y a veces se recibe la contrarreferencia, dependiendo mucho de la especialidad y del profesional., Mandan la contrarreferencia, si del Hospital V.J. Vilela conocen al profesional del CS, pero generalmente es la madre la que cuenta sobre la consulta realizada. Un generalista explica:

G4: “Con el Hospital Zona Norte no tengo buena experiencia. Ellos lo ven al paciente y vienen los mismos pacientes y te cuentan lo que pasó, sin nada escrito”

A pesar de que habitualmente los médicos del CS, cada vez que hacen una referencia ponen al final: “Agradeceré contrarreferencia”. Otros recursos son decirles a las mamás:

G2: “Insistile que te haga una notita para mí o si hay algún familiar que te pueda acompañar como para comentar esto. Y si no, bueno lo llamo por teléfono. O a veces los he acompañado yo, cuando si o si quería saber algo...”

P1: “Ves todo lo que yo escribí, bueno la idea es que el doctor cuando te vea, te escriba de este lado. Yo le pongo Contrarreferencia y lo subrayo, pero “vos no te vayas si no te escribe del otro lado”. Entonces yo se lo instalo a la madre...”

La continuidad del proceso de atención, en los niveles en los que se referencia a los niños generalmente se logra, pero con ciertas dificultades. Hay algunos servicios en que los pacientes vuelven con una contrarreferencia clara, que dice qué intencionalidad de seguimiento quieren tener con el paciente, cuándo lo quieren volver a ver y otros que no, como refiere un médico:

G1: *“A veces los toma alguna especialidad por ejemplo, Neurología, y no te los devuelve. Vienen, por ejemplo, con la receta de un medicamento, y vos no sabés, si ellos lo piensan ver dentro de un mes, dentro de seis meses o dentro de un año o si va a quedar con esa medicación”*

Esta situación dificulta el trabajo posterior con ese niño en el primer nivel, dado que se debe reconstruir la trayectoria hospitalaria. Como lo corrobora el trabajo de Aronna, A. y otros (2011), en algunos casos además, falla la contrarreferencia cuando hay medicación especial, dado que la indicación se hace en el segundo nivel, pero el medicamento se entrega en el primer nivel.

G1: *“Por ahí cuando hacemos la derivación de nuevo, mandamos otra vez una contrarreferencia como estimulando la posibilidad poniendo: “este paciente que realiza los controles acá, en el seguimiento de su proceso de atención lo referenciamos a su servicio, le indicaron fenobarbital, solicito sugerencia de seguimiento, cada cuánto lo quieren ver...” De todas maneras es un trabajo que desgasta porque...es como a veces hacer dos veces lo mismo. “*

G2: *“No basta con decirle al paciente: bueno no tenés nada o tenés esto pero hacemos esto otro... o en función también con lo que contamos acá de recurso, puede ser un tratamiento o un medicamento, a lo mejor le dan una muestra, pero sabemos que acá no la vamos a conseguir”.*

La demora en el segundo nivel también afecta el seguimiento de las intervenciones. La tardanza para interconsulta afecta a los pacientes, como la pediatra relata:

P1: *“Una consulta para neurología para control de un paciente convulsivo, que está medicado, puede demorar tres meses. En el medio la madre viene a preguntar (por su turno) el 1er mes una vez por semana..., el 2do mes cada 15 días y el 3er mes no viene más, para cuando está el turno lo perdió. Hay mucha espera y en la espera.... el paciente se pierde”,*

Dentro de la gestión de estrategias para lograr cambios, explicitan poder agendar algunos problemas desde los CS, como es el caso de la contrarreferencia o el aviso de que algún aparato para estudios complementarios está en reparación en el 2do nivel.

Un profesional opina que se podría aceptar más la referencia-contrarreferencia y propone:

G2: *“El médico debería hacer como un resumencito de HC en función de lo que padece el paciente...como para que el especialista que lo recibe...pueda saber qué es lo que hizo uno... o lo que tiene. Y me parece que desde el otro lado es lo mismo, Se debería*

tener en cuenta con qué recursos se cuenta en el CS para plantear determinado tratamiento.”

La garantía de atención en el nivel superior estaría asegurada en la urgencia, pero no en la derivación corriente donde se requiere esperar para un estudio complementario para corroborar un diagnóstico presuntivo. También la demora afecta la continuidad del proceso de atención, que se inicia en el primer nivel, pero debiera seguir en el nivel de mayor resolutivez con una modalidad de seguimiento de casos consensuada y acordada entre los efectores.

4-Abordaje particular del niño:

En este eje que completaría los componentes del concepto de integralidad trabajados en esta investigación, se incorporan las distintas dimensiones de los sujetos y los determinantes socio-culturales del proceso salud-enfermedad de los niños de 0 a 4 años atendidos en los CS seleccionados.

Valoración del contexto familiar y social del niño en el proceso de atención de la salud infantil.

Los profesionales entrevistados del CS Emaús expresan, que se prioriza cada caso en particular y que hay un sentido de trabajo en cuanto a realizar una evaluación más integral, como lo explica una médica:

G3:” Si hay alguien que lo requiera y esta demanda es sin turno... poder, digamos, brindar la atención, de ver la HC... de no cerrarle la puerta, desde un recién nacido hasta un niño mayor”.

La consideración de los determinantes socio-culturales en la atención de la salud infantil es valorada en las HCF. La misma tiene en la primera hoja, una grilla a llenar con los datos de la situación socioeconómica: sostenimiento de la familia; vivienda (número de habitaciones y de personas que la habitan, si es de material), provisión de agua y disposición de excretas y espacio para dibujar el familiograma. Aclara uno de los entrevistados:

G3:“No siempre uno lo llena...no en realidad en todas las familias lo hago; si hay alguna situación, me focalizo más en hacerle alguna pregunta. O le explico a la madre: “Esto lo quiero saber por si pasa algo”, y pongo el ejemplo de la TBC, “yo tengo que saber con quién vivís, por si hay algún otro problema. Es para eso solamente, no es por otra cosa”...” Después la información en cada caso particular, a ver con quien

contamos. “Quién te ayuda, con quién contás? ¿está tu mamá con vos o tu suegra o tu vecina?...

Mirar más atentamente las necesidades de la gente se asocia a ver que son necesidades históricamente construidas, que no son asépticas, que no son técnicamente decodificables, que surgen de la conversación directa entre el personal de salud y la población detectando nuevas y viejas necesidades, que de alguna forma deben ser resignificadas (Rovere, M, 2006).

Siendo la HC un registro altamente valorado como fuente para analizar procesos de atención en forma singular, se constata en la revisión en las HCF de los 18 niños cuyas madres fueron entrevistadas en ambos CS, que en las mismas no se registra suficiente información socio-económica del grupo familiar. Aunque se observa en todas las HCF de ambos CS, datos sobre la familia con quien conviven los niños.

En el CS Emaús el familiograma está dibujado en las HCF de 7/10 niños considerados en este estudio, en dos HC figura el trabajo del sostén familiar y en cuatro niños, datos de la vivienda.

En el CS Ferrandini aparece el familiograma en sólo una HCF de los ocho niños seleccionados, en una aparece el trabajo del jefe de familia y en dos niños, las condiciones de la vivienda.

Según afirma Campos, G. W. (2003:3), que el trabajo de registro, no sea un mero formalismo burocrático, sino que sea apropiado por el equipo como un instrumento de evaluación de riesgo y de definición de prioridades, al identificar las familias más vulnerables. La preocupación por el contexto social en que viven los niños/as, aparece cuando un profesional profundiza sobre la importancia del control de niño sano:

G2: “Que se tenga un seguimiento o detección temprana, que no sea solamente el bajo peso o alguna patología biológica, sino ver también aspectos referidos a lo familia”

Otra vía de acercamiento a las familias problemáticas es a través de enfermería. Si se comprueba que hay vacunas atrasadas o en el caso de que se les indicó medicación antifebril y la mamá no sabe cuánto pesa su hijo, significa que ese niño no es llevado a los controles, entonces las enfermeras se acercan a la pediatra para que le asigne algún turno. Al detectar estos casos, se los trata de resolver por vía interna, sin enviar a la mamá a que concurra el día en que se van a dar turnos en el CS. Esto evidencia el abordaje integral del niño y la relación interdisciplinaria en el proceso de atención.

Valoraciones personales acerca de la comunicación con las madres de los niños.

La comunicación con los responsables de los niños es muy buena en general, demostrando por parte de los profesionales, preocupación y buen trato. La pediatra cuenta:

P1: *“Yo soy de anotarles todo, desde las dosis de las medicaciones, de cuándo volver, y les digo: “Llegas y lo pones en la heladera” Entonces dificultades así de falta de comprensión en esta población, salvo casos particulares, no hay”.*

Las madres suelen traer escritas las dudas para preguntar, para no olvidarse. Los profesionales están abiertos a consultas o preguntas de las mamás permanentemente, hasta en el mismo pasillo de la sala de espera del CS. Cuando es en relación con algún tratamiento, esta médica expresa:

P1: *“A veces se lo explico y después les pregunto si me entendieron, que me lo expliquen ellas a mí, para ver si realmente lo han entendido”.*

Al respecto, son indicadores clave para la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades prevalentes de la Infancia), si la madre es capaz de describir la forma de administrar un medicamento prescripto por el profesional a su hijo y si conoce al menos dos síntomas que exigen buscar la atención de un médico (Lambrechts T.; 2000).

Al terminar la consulta si tienen alguna pregunta, recomiendan:

G2: *“Venis y me golpeás la puerta y me preguntás”. Muchas han vuelto y han dicho “No me acuerdo como es la carga del paracetamol; o “Tiene fiebre ahora, le doy esto y después ¿te lo traigo o espero?”*

Ante las inquietudes de las mamás responde una médica residente, reflexionando:

G3: *“Si, yo les explico y si alguna cosa que no sé, también tengo que responder. Aprendo también de ellas”*

Expresan que generalmente las madres entienden muy bien, escuchan, se interesan, pero hay aspectos culturales a considerar en el seguimiento de los niños, sobre todo en cuanto a la alimentación, como agrega un generalista:

G1: *“A veces hay mucha gente que no te pregunta cómo alimentarlo... La mamá, la abuela o la bisabuela le dijo que le tenía que dar, por ejemplo, un té o tal cosa; y ellos vienen y te cuentan y les decís: “No, huevo todavía no, el yogurt todavía no, eso vamos a esperar un poquito más.” O dicen: “Le puedo dar guiso? porque mi vecina le dio al nene que tiene cuatro meses, guiso.”*

En el primer nivel de atención, según las directrices del AIEPI, mejorar la comunicación con las madres implica la adaptación identificando las expresiones locales apropiadas y las recomendaciones sobre alimentación, que sean adecuadas desde el punto de vista cultural. (Lambrechts T., 2000). Es por esto que los médicos, les dan por escrito qué darles de comer a

los bebés en cada etapa, qué alimento incorporar por ejemplo a los seis meses y no antes y el porqué.

Por otra parte, la pediatra del CS Ferrandini observa la dificultad de mantener la lactancia materna hasta los seis meses en las madres del radio, a pesar de la relación interpersonal que manifiesta establecer con ellas y a las campañas que se realizan a nivel local y nacional fomentando los beneficios de la misma.

En las Américas, menos del 32% de los bebés son amamantados exclusivamente en los primeros 6 meses de vida. No se logran los resultados esperados ya que la lactancia materna exitosa depende de un esfuerzo colectivo. Las razones por las que una mujer no amamanta a su bebé son múltiples y ha sido vista durante mucho tiempo más como una cuestión del ámbito personal que como una responsabilidad social colectiva. Además se debiera proteger la lactancia contra la promoción y comercialización por parte de la industria de sucedáneos de la leche materna (OPS, Semana Mundial de la Lactancia, 2017)

Valoración acerca del cumplimiento de pautas y recomendaciones por parte de las madres de los niños atendidos

Al identificar barreras culturales, los profesionales deben cambiar sus estrategias de comunicación para el cumplimiento de las pautas de seguimiento. Con respecto a las mamás de los chicos de 0 a 4 años en el CS Ferrandini, la pediatra señala que la mayoría las cumple, aunque hay casos difíciles donde se las cita más seguido, y se habla más con dichas madres. También se trabaja junto con la psicóloga en casos especiales, por ejemplo, como cuando se ve la falta de apego:

P2: *“Eso me gusta trabajarlo en los talleres y también con las residentes que por ahí tienen otras miradas”*

Se aprecia la importancia que le da esta profesional a fortalecer la relación con las madres para acompañar la crianza a lo largo del tiempo y su preocupación por el apego construido por cada madre, trascendiendo el cuidado más allá del aspecto biológico.

Sobre el cepillado de los dientes, la odontóloga considera que en los primeros años la mamá no se lo transmite a sus hijos porque tampoco ella lo sabe:

O2: *“Los padres no tienen incorporado que tienen que lavarle los dientes a sus hijos, que están sanos y que hay que cuidarlos. Por lo general no tienen cepillo”*

En el CS Emaús, sin embargo un generalista opina que a veces las adolescentes suelen ser muy buenas madres, muy ocupadas:

G1: “Particularmente me sorprenden. Muchas veces intento también estimularlas y se los digo, porque también es darle su lugar como madres”

Del mismo modo acuerda la pediatra:

P1: “En general no tenemos mamás que no les interesa el seguimiento de su hijo, al contrario, la mayoría son mamás muy preocupadas. Sí, son colgadas, a lo mejor no es prioritario para ellas la visita de control sano, pero sí vienen cuando el nene está enfermo”

La actitud de las madres puede ser variable, evidentemente. En algunas ocasiones muy específicas se actúa frente a condicionantes que impiden la llegada del niño al CS, buscando si es necesario, contar con la ayuda de un familiar para que acerque al binomio madre-hijo a la atención:

G3: “En general siempre intento buscar algún otro que pueda ayudar....En verdad el control Niño sano es: el niño, sano o que tenga algo y la madre, no hay otro. En realidad se intenta buscar algún otro,... padre..., hermano, tío...u otros vínculos que tenga el niño.”

En ambos CS, si hace falta, se cuenta con el apoyo de miembros del equipo ante una problemática en particular, psicólogo o trabajador social, pero no es lo común.

Los chicos con problemas, que tendrían que haber tenido un control y no lo tienen, son ubicados primero telefónicamente, y se los cita antes de salir a buscarlos. Se conoce quiénes son las familias con contextos particulares y el personal administrativo sabe que apenas ve a esa mamá en el CS, le tiene que recordar el turno, porque ella sola no va a ir a preguntar. En oportunidades especiales se hace visita domiciliaria. Y a veces, en casos muy puntuales, se busca la intervención de la Trabajadora Social, para que la madre sea citada a través de una nota dirigida al domicilio. Por el bienestar del niño se trata de sostener el vínculo de modo más formal.

Al respecto, existe dentro del Programa Sumar la prestación, denominada “Búsqueda activa de niños con abandono de controles, por agente sanitario y personal de salud”(con código específico).

Tal como manifiestan los distintos profesionales y aconsejan los documentos de AIEPI (OPS, 1999:8) mejorar la comunicación con las madres, conlleva aprovechar mejor el trabajo del personal de salud en las distintas áreas, propiciando el seguimiento adecuado de los problemas identificados en el niño. No basta con proporcionar información, sino disponer de habilidades en asesoramiento y utilizar eficazmente otros recursos que se sabe influye sobre los cambios en el comportamiento (modelos a imitar, ayuda de familiares y amigos).

Este aspecto se comprobó en las HCF examinadas de los niños cuyas madres fueron entrevistadas, cuando los médicos, respecto de las conductas de responsabilidad materna, escriben en las mismas las recomendaciones hechas durante la consulta:

“Charlamos cómo estimularla a las 7 meses”

“Hablamos de accidentes domésticos”

“Charlamos sobre los límites” (niña de 15 meses);

“Hablamos sobre la importancia de los controles de salud de sus hijos”

En acuerdo a lo que sugieren Manfredi, L y otros, (2005: 15), la consulta pediátrica debe incluir los aspectos ambientales del hogar, los factores de riesgo individual de cada niño y las condiciones socio afectivas en la que se encuentra la familia, según su historia; crisis y fortalezas de cada grupo familiar en particular; si alguno de los miembros convivientes necesita apoyo social que puede ser brindado por algún integrante del equipo de salud o de la comunidad.

Comunicación entre los miembros del equipo de salud. Forma de accionar frente a problemáticas particulares

La reunión del equipo una vez a la semana, es considerada generalmente el espacio de puesta en común de las situaciones que trabaja todo el equipo de salud. La vacunación de los niños resulta ser uno de los temas prioritarios en dichas reuniones.

En ambos CS, ante situaciones complejas, aparece la posibilidad de disponer de algún miembro del equipo para buscar la forma de abordarlas:

G2: *“A lo mejor en esto de poder discutir con alguien del equipo o con el equipo, digamos tengo esta situación...como lo abordaríamos entre todos, tanto Trabajador Social como otro compañero de psicología, uno puede contar con la mirada de un otro...”*

P2: *“Se puede utilizar la reunión de equipo de los jueves un rato para hablar de una mamá que me tiene preocupada por el vínculo con su bebe, y a esta mamá la atiende la médica generalista y la psicóloga. El trabajador social también interviene en la mayoría de los casos. Es por eso de no estar solos...”*

La pediatra agrega que el jefe del CS Ferrandini insiste bastante con el trabajo en equipo, porque el apoyo con el otro es fundamental en este tipo de labor.

En el CS Emaús consideran que hay un buen grupo de trabajo, que en general no hay dificultades. Se puede trabajar muy bien, encontrando el momento y el lugar o el espacio para reunirse ante una problemática. Aunque en relación a la disponibilidad de tiempo del equipo

para reunirse puntualmente para un caso, a veces se dificulta por la atención diaria, pero siempre se intenta hacer reuniones con equipo de referencia, aunque se complique un poco.

También se destaca la referencia al trato excelente que existe con los enfermeros. Con respecto a otros profesionales, hay cierta mitología de la relación entre los pediatras y los generalistas:

P1: *“Me saco el sombrero con los generalistas que tengo de compañeros. No puedo decir nada, me han sentado a estudiar a mí también”*

También aparecen obstáculos diversos, aportados en las reflexiones personales de integrantes del equipo de salud. Un profesional residente expresa que cuesta la relación interdisciplinaria porque considera:

G3: *“La hegemonía está, no solamente en la medicina, sino también es la formación psicológica y de trabajo social. Hay bastante trasfondo y cuesta abordar el paciente integralmente. Pero yo me caracterizo por insistir...”*

Otra dificultad es el horario en que la fonoaudióloga debe distribuir su atención en cuatro centros:

F: *“Con todos los profesionales no me encuentro los días que voy, entonces por ahí me siento más sola en el trabajo”*

Se observa que cada centro desarrolla un perfil propio relacionado directamente con las necesidades y características de la población a la cual se atiende y en acuerdo a las relaciones que se establecen entre la demanda propia de esa comunidad y la oferta. Según se postula desde la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario (2013), en los CAPS se desarrolla un vínculo particular entre el equipo terapéutico y la comunidad, cuyo resultado es poder sostener un trabajo clínico e interdisciplinario que trate los problemas de salud desde un punto de vida holístico.

En los casos de HCF revisadas correspondientes a niños/as de 0 a 4 años, cuyas madres fueron entrevistadas, estaban consignadas sólo las consultas realizadas a los médicos generalistas y a pediatras, no encontrándose registros de los profesionales “matriciales” (psicólogos, trabajador social, fonoaudiólogo, etc.). En un solo caso de un bebé de 9 meses, la pediatra consignó en su HC que derivaba con nota a la trabajadora social para gestionar tarjeta de alimento por el bajo peso.

Aparece una duda a tener en cuenta, ¿el resto de estos niños no requirieron puntualmente la intervención de otros profesionales?

En este punto es necesario recordar que en la investigación sobre registros en APS, (Aronna, A. y otros, 2011:35) se observó que el acceso de los grupos con mayor

vulnerabilidad a intervenciones interinstitucionales o intersectoriales, por lo general no quedan sistemáticamente registradas.

Conclusiones a partir de las entrevistas a los profesionales de los CS seleccionados.

El proceso de atención de salud de niños de 0 a 4 años en los CS seleccionados para este trabajo, está a cargo de equipos de referencia: médico generalista y/o pediatra y enfermero con población infantil a cargo; el resto de los profesionales (psicólogo, trabajador social, odontólogo y fonoaudiólogo) operan desde una organización matricial.

En cuanto al proceso de trabajo, el mismo es registrado en las historias clínicas familiares (HCF), que incluye los antecedentes perinatales, la aplicación de vacunas, las consultas realizadas, el registro de ínter-consultas, y de estudios derivados y realizados. El personal administrativo asigna los turnos programados para consultas de control de niño sano y direcciona las consultas espontáneas por enfermedad. La entrega de leche según la particularidad de cada CS está a cargo de farmacia. Cada niño tiene su carné de seguimiento de los controles de salud y de vacunación.

Luego del análisis de la información recogida por medio de las entrevistas en ambos centros y teniendo en cuenta los cuatro ejes, es posible desarrollar las siguientes consideraciones:

- Se priorizan acciones de prevención a través de las consultas programadas para control sano, con continuidad sobre todo durante el primer mes de vida y en el 1er año de vida, cumpliendo con las pautas normativas para el primer nivel de atención. Las mismas se registran en las HC, aunque no se consigna la valoración del desarrollo a partir de los 2 años. Con esfuerzos personales de todos los profesionales del equipo, en el vínculo creado con las madres se logra la secuencia en el seguimiento y en la asistencia a actividades. Las acciones preventivas programadas de ejecución más sistematizada son la vacunación y en odontología los talleres de cepillado semanales. Los profesionales de sólo el CS Ferrandini realizan el taller de acompañamiento de niños de 0 a 3 años en forma mensual. Se prioriza la oportunidad de captación para una actividad preventiva, más allá de la demanda de atención diaria de atención ante enfermedades recurrentes propias de los grupos infantiles de 0 a 4 años en ambos CS.
- Se articulan acciones de promoción, prevención y recuperación ejecutadas por parte de los profesionales del equipo de salud, a partir de la gestión del Jefe del CS y

coordinación con instituciones de la comunidad, como los Centros de Convivencia Barrial N° 17 y 19], cercanos a los CS. Los profesionales pueden tomar la decisión de acompañar y programar las acciones preventivas, como talleres de cepillado o acompañamiento del desarrollo en la salita de 2 a 3 años de los CCB, a pesar de cumplir además con la atención de la demanda espontánea. Se destaca la modalidad de seguimiento priorizando la articulación de las acciones necesarias para coordinar el tratamiento en niños con patologías crónicas. Ante problemáticas particulares se realizan reuniones para orientar el proceso de atención en la red. Se aprecia que a partir de instancias de actividades preventivas impulsada por los profesionales, se logra la detección temprana, se inicia el tratamiento oportuno y las interconsultas correspondientes.

- Con respecto a la garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia, se efectiviza la responsabilidad del primer nivel de atención, asumiendo la derivación y obtención de turnos en el hospital más cercano, en los niños que requieran estudios e interconsultas en el 2do nivel, aunque con tiempo prolongado de espera de hasta dos meses, según especialidades. Se presentan problemas para lograr que los pacientes vuelvan con una contrarreferencia, en relación a la intencionalidad de seguimiento, lo que dificulta el trabajo posterior con el niño en el primer nivel. La atención en el nivel superior estaría asegurada en la urgencia a partir del contacto personal de los profesionales, pero no en la derivación corriente donde se requiere esperar para corroborar un diagnóstico. La demora afecta la continuidad del proceso de atención, que se inicia en el primer nivel, pero la misma debiera continuar con una modalidad de seguimiento de casos consensuada y acordada entre los efectores.
- El abordaje particular de la salud de los niños, tiene en cuenta la situación social de las familias bajo adscripción, por lo que la práctica que se prioriza en los controles de niños de 0 a 4 años, es el armado de la historia clínica con los antecedentes del niño. Se conoce quiénes son las familias con contextos particulares, lo cual implica un real trabajo interdisciplinario por parte del equipo y el personal administrativo para el seguimiento de casos problemáticos. con la evaluación de riesgos y definición de prioridades al identificar niños de las familias más vulnerables. Se evidencia vínculos de cercanía y confianza con la población del barrio. Ante barreras culturales, los profesionales deben cambiar sus estrategias de comunicación para el cumplimiento de las pautas de seguimiento.

2- LA INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CONTROL DE NIÑO SANO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS AUTORIDADES DE GESTION

A continuación se procede a caracterizar el proceso de atención infantil, desde la perspectiva de los gestores entrevistados, seleccionados para este trabajo: los jefes de cada CS, el coordinador de distrito NO y el Director de Centros de Salud del municipio.⁵⁵

La información recabada en las entrevistas a los gestores también fue analizada desde el concepto de integralidad, desarrollado por Conill, E; tal como fuera explicitado en el punto anterior fueron considerados los cuatro campos de intervención:

1-Primacía de acciones de promoción y prevención: el control de niño sano de 0 a 4 años.

El Director de Centros de Salud del municipio, caracteriza a la atención de salud infantil, en especial el control sano, como fundante en la Atención Primaria y explica que:

D: “Es una de las propuestas que inicialmente organizaron la historia de los centros de salud, que tiene que ver con hacer foco en la salud materno-infantil. Pero desde hace unos 20 años han ido transformándose en políticas más focalizadas y programáticas, de recortes de algunos y determinados problemas de salud, como lo hizo el programa PROMIN, a principios de los años 90, con servicios organizados o estructurados para atenderlos, como el control de embarazo y de niño sano. En estos últimos años estas cuestiones más focalizadas han ido mutando a CS que puedan atender toda la complejidad de las situaciones que ocurren a las familias de un barrio....Y en ese camino de transformación, de cómo se fue pensando un centro de salud, dejó de ser la salita o un dispensario para ser un centro de salud”

Estas afirmaciones coinciden con los Documentos de la Secretaría de Salud de 1990 y 1993, en referencia a la estrategia de Atención Primaria del Salud adoptada desde 1989, en los 30 Centros de su dependencia existentes en ese momento, bajo la dirección de la Dra Ena Richiger, donde se realizaba el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil (Richiger y otros, 1990; Municipalidad de Rosario, 1993).

⁵⁵ Los gestores son identificados de la siguiente forma:

J 1: Jefe de CS Emaús con antigüedad en la gestión de dos años y 6 meses. Es médico generalista con 6 años en el mismo CS.

J 2: Jefe de CS Dra Ferrandini, desde hace 2 años, antes trabajó como administrativo en otros Centros de salud.

C: Coordinador de Centros de Salud del Distrito NO con antigüedad en el cargo de 2 años, participó en equipos de gestión. Es médico generalista con 12 años en APS.

D: Director de Centros de Salud municipales desde hace 2 años y 6 meses. Es médico generalista con 12 años en APS, fue Jefe del CS Emaús y ocupó otros lugares de gestión.

Con respecto a la modalidad del control de niño sano de 0 a 4 años:

El coordinador del distrito NO y el Director de Centros de Salud del municipio reflexionan con respecto a la frecuencia y las edades en las que se debiera realizar este seguimiento:

C: “En realidad documento no hay ninguno, todas las guías son recomendaciones de consenso de expertos; de la Sociedad de Pediatría y de consensos internacionales Los controles se empiezan a hacer a fines de los 70, como contraprestación por la entrega de leche. Después con el PROMIN, estaba como algo más estipulado. En la AUH tampoco hay nada escrito. Es por la vía de consenso que se acuerda lo que habría que hacer”.

D: “Hay normas que sugieren y también sugerencias contrapuestas. No hay un acuerdo universal acerca de cómo debieran ser los controles de los niños. Hay escuelas tradicionales, más biologicistas que indican hacer controles mucho más seguidos. También existen otras opiniones y valoraciones, como la apuesta de hacer evaluaciones conjuntas con el equipo de salud sobre desarrollo infantil, en un mismo espacio, que tiende a que no se tenga que llevar los niños todos los meses a pesarlos y a medirlos”.

En este punto resulta necesario recordar las Normas Técnicas para Servicios de Atención Primaria para la Atención al Niño, del año 1996, (Ver en Anexo VI), únicas normativas nacionales publicadas que indican cuatro controles durante el 1er año, dos controles hasta los 2 años y otros dos hasta los 5 años. Mientras que el Plan Nacer (2009), muestra una frecuencia de controles de cada mes hasta los 6 meses; cada 2 meses hasta el 1er año, con percentiles de peso, talla y perímetro cefálico; y de controles cada 3 meses hasta los 18 meses; cada 6 meses hasta los 3 años y anual hasta los 6 años, con percentiles de peso y talla.

No obstante es de interés destacar que, por una parte existen instrumentos de valoración antropométrica del crecimiento (Cusminsky, M. y Lejarraga, L, 1994) y del desarrollo Lejarraga,H. y Krupitzky, S., 1996) estandarizados en Argentina para el seguimiento de la población infantil y por otro lado las normas recomendadas para el proceso de la atención primaria de la salud infantil en efectores municipales. Unas y otras pueden coincidir pero la preocupación de los gestores se orienta hacia su posibilidad real de aplicación en las poblaciones que se asisten en los CS de Rosario.

El proceso de atención por parte de los profesionales se desarrolla entre la necesidad de satisfacer la demanda espontánea y atender los turnos dados y programados para el seguimiento del C y D en los niños, tal como lo expresan:

D: “Creo fuertemente que durante el primer año se intenta respetar la frecuencia de los controles y después empezamos en un espacio de más flexibilidad, más ajustados a la

realidad de cada CS. Hay centros que están en barrios menos complejos, con gente que puede pensar la programación de los controles de salud distinto y ahí van adquiriendo una lógica, que en otros barrios no se da”

Esta afirmación concuerda con lo que manifestaron los pediatras y médicos generalistas de ambos CS en las entrevistas, quienes flexibilizan y adecuan según necesidades, el seguimiento del niño de acuerdo a la realidad de cada madre. Esto se comprueba además en la HC examinadas, en cuanto a próximas citas que registra el profesional. Sobre este punto, recordemos que Ageitos, M. L. (2005) impulsaba a los equipos de salud a ampliar la mirada desde la antropometría a la evaluación de pautas madurativas en el niño sano, a la escucha de la madre, al aliento de todo lo que hace bien aún en condiciones adversas y, a la corrección respetuosa de lo que hace mal.

Aparecieron entonces en ambos CS, actividades de promoción de participación comunitaria a través de la convocatoria a Talleres para madres con sus hijos de 0 a 3 años. Esta actividad fue justificada de este modo:

D: “El abordaje del acompañamiento del crecimiento y desarrollo ha ido cambiando también por eso aparecen los talleres para madres y sus hijos. No para suplir, sino para complementar lo que es la mirada del consultorio, valorar el vínculo del niño con la madre, cómo se desarrollan en grupo, cómo es su neurodesarrollo, cómo es la estimulación, cómo interactúan con otros niños...Creo que el control de niño sano tiene que ir virando a esta cuestión. Medir y pesar a los niños es lo más sencillo, pero hoy nosotros no podemos quedarnos con eso”.

Cabe aclarar que el proyecto de acompañamiento del desarrollo de niñ@s fue impulsado desde el año 2007 para todos los CS del distrito NO por el actual Director de CS y el actual Coordinador de distrito, quienes cumplían otras funciones de gestión por entonces, actividad que se desarrollaba en conjunto con el equipo de salud de los CS y que sólo se sostiene actualmente sólo en un CS.

C: “Fue un acuerdo de trabajo para todo el Distrito, que actualmente pudo sostenerse en el CS Ferrandini y en el Emaús no. Al inicio, los dos primeros años las fonoaudiólogas participaban en las actividades preventivas de todos los espacios; hubo mucho empuje de un grupo de médicos que estábamos en los centros, que discutimos este proceso. En cada centro había uno que lo impulsaba, que convencía a los compañeros y discutía su propósito...”

Este tema es profundizado en otros puntos de este estudio, en relación a las dificultades del sostenimiento de dicho Taller, a partir de las reflexiones de los profesionales en Item 1-

Primacía de acciones de promoción y prevención: *Sobre actividades de promoción comunitaria.*

Sobre las consultas de control para la atención de niño sano sobre el total de la demanda:

El jefe del CS Emaús, que como médico generalista también tiene población a cargo, explica:

J1: Tenemos el 30% de los turnos que nosotros asignamos, son turnos programados y el 70% son turnos espontáneos. Tratando de establecer una referencia clara, entonces las personas del barrio vienen y buscan a su médico. Lo hago estimativamente pensando en que más o menos nosotros tenemos un promedio de consulta por profesional cercano a los 300 y siempre el motivo de consulta más frecuente termina siendo el control de niño sano.”

En este CS el control del niño sano es realizado por un pediatra, cuatro generalistas y dos residentes de Medicina General. Si bien se cumplen las acciones preventivas de seguimiento del C y D de niños de 0 a 4 años, desde el punto de vista de la accesibilidad, este gestor se cuestiona junto al equipo de salud, la modalidad de atención del 70 % de consultas no programadas.

J1: “A veces uno se termina preguntando si con la atención en serie, no se cae en el asistencialismo...aun teniendo mucha practicidad en resolver algunas cuestiones, pero respondiendo demasiado a la demanda espontánea”

La gran demanda en la tarea asistencial en APS, que sigue el modelo tradicional de atención, según Paganini, J. y colab. (2010), supone debilidad organizacional, que no deja tiempo para la planificación, la actividad interdisciplinar e intersectorial y la salida a la comunidad.

Sin embargo, desde la concepción del proceso de atención en APS en Rosario, Ferrandini, D. (2003), consideraba que la admisión en el CS busca crear un espacio de escucha abierta y flexible, todo el día, de las necesidades de la gente que llega al mismo y reconvertir esa demanda en una respuesta que se sustente en una evaluación integral de la situación de cada persona. Pensar en necesidades rompe la idea de un primer nivel de atención que opera sólo por demanda espontánea y que está copiando el modelo hospitalario.

Para la gestión de salud municipal, la cercanía con la gente en el primer nivel de atención, otorga una mayor potencia para leer la complejidad de los problemas en su integralidad, con un vínculo estable, continuo y permanente, proponiendo que el equipo de salud se responsabilice por los resultados de sus prácticas durante todo dicho proceso. Pero, del mismo

modo que preocupa la accesibilidad de la gente que necesita de la atención, desde la gestión ¿se asegura una oferta con carga horaria acorde de profesionales?

Sobre la organización de la atención de niño sano

El Jefe del CS Dra Ferrandini comenta que hace 6 años, en el inicio de este CS, todos los médicos tomaban las consultas pediátricas, pero en este momento sólo lo hacen las dos pediatras (una actualmente en licencia prolongada, reemplazada por una médica generalista). Luego los cargos de médicos clínicos, pediatras y tocoginecólogos se fueron reemplazando por médicos generalistas, siendo redistribuidos algunos de los pacientes con un mecanismo complicado que les llevó mucho tiempo, según justifica este gestor:

J2: “La idea es poder aprovechar la especialidad de los generalistas como médico de familia, que es para lo que se han formado”,

En este CS también el control de los niños se hace por consulta programada. Tienen dos modalidades: cada 20 días hacen una apertura de programación de turnos, junto con los que el médico va asignando a partir de la consulta, por ejemplo, durante el 1er mes de vida del bebé. Esta modalidad en la entrega de turnos fue corroborado por las madres de niños de 0 a 4 años entrevistadas en este CS.

Actualmente los gestores de ambos CS consideran que se cuenta con los recursos físicos, materiales y profesionales suficientes para llevar adelante acciones de promoción y prevención dirigidas a la población infantil.

Aunque los profesionales del CS Emaús esperan su ampliación con la construcción de nuevos consultorios, ya que son escasos para la planta de personal existente. En tanto, en el CS Ferrandini, se cuenta con una edificación nueva, moderna y amplia con espacios suficientes para la atención.

El coordinador de Centros de Salud del Distrito Noroeste refiere que los dos centros seleccionados para este estudio, son bastante comparables en términos de población. En su trabajo de gestión, en relación con la organización de los equipos encargados de la atención preventiva en el niño sano, explica que:

C: “Se constató que un CS estaba bastante organizado y el equipo trabajaba bien y conforme; en cambio el otro CS estaba algo desorganizado y con un equipo que se sentía disconforme, quedando gente sin atención. Al analizar la constitución de los equipos, se ve que el CS Emaús tenía cuatro generalistas y una pediatra que hacía controles de niño sano y también atendía a chicos con patología. En el otro centro en relación a la cantidad de trabajo, las dos pediatras estaban bastante ociosas con respecto al generalista, y quedaba franja horaria descubierta, con chicos y familias sin

referencia. Entonces se incorporaron dos generalistas, uno en lugar de una pediatra en licencia, para armarlo más parecido al otro centro y tener más profesionales para control sano”.

Asegura que los profesionales del CS Emaús están conformes, mientras que en el CS Ferrandini, hubo mucha discusión en el último tiempo con el equipo, con respecto a cómo se sentían ellos y con el planteo de la necesidad de incorporar más personal. Cuando se hizo el análisis de la demanda, se decide finalmente cambiar el perfil del recurso humano a fin de satisfacerla, tal como informara el Jefe de dicho CS.

Se puede observar el compromiso del coordinador de CS del distrito en satisfacer las demandas de los actores involucrados, gestionando sus decisiones con fundamentación técnica.

Con respecto a los principales reclamos de parte de los diferentes profesionales que ejecutan la atención de control de salud infantil, el director de CS reflexiona:

D: “El acceso a algunas disciplinas y a algunas especialidades que se terminan convirtiendo en un nudo bastante difícil de resolver, en cuanto a oferta de personal de salud acorde en cada CS, como es fonoaudiología”

Es evidente que en fonoaudiología, este gestor se refiere más a la necesidad de cubrir la atención de patologías de su incumbencia que a la actividad preventiva. Se recuerda que actualmente el número de profesionales no se ha modificado, dos profesionales dividen respectivamente su carga horaria en cuatro CS de este Distrito.

Sobre los registros de control niño sano en los centros de salud

Aparece cierta discordancia en cuanto a la información sobre consultas pediátricas preventivas en niños de 0 a 4 años.

Así el jefe del CS Emaús explica que no dispone de datos sobre el total de consultas de niño sano, sugiriendo la posibilidad de extraerlos del listado de niños que retiran leche en farmacia.

El Jefe del CS Ferrandini tampoco tiene el total exacto de consultas de control sano, no dispone de datos discriminados y afirma que los mismos se pueden extraer a través del archivo de las Historias Clínicas o del sistema SICAP. Puede estimar el número, en relación a la población que tiene adscripta cada una de las pediatras de este CS, siendo la misma de 2000 a 2100 niños, con atención regular de seguimiento con médico referente.

El coordinador de CS del Distrito Noroeste explica que la cantidad de consultas atendidas por control de niño sano de 0 a 4 años, son registradas por el equipo de cada CS en los

ficheros. Además se destaca que en las HC analizadas, se constató que los profesionales intervinientes en la atención del niño, registraron el motivo de la consulta (MC) como CONTROL o escribieron la afección por la cual concurrió al CS, aunque el primero no se cuantifica posteriormente. La estimación de estas consultas en los CS seleccionados se realiza a partir de los datos de vacunación cargados en el SICAP⁵⁶:

C: “Es el dato más fidedigno sobre los menores de dos años atendidos. Esta información se empezó a cargar en el 2012 y está al día. Entre niños de 3 y 5 años es bastante parejo también, y se usa cuando se tiene que hacer una estimación estadística”

Asimismo este gestor da cuenta de que hasta el 2011, se podían sacar estadísticas básicas del llenado de las planillas de consultas como: consultas de 1ra vez, motivo de consulta, control sano, pero sólo servía para poder tener un dato de los niños que llegaban a cada CS.

D: “En ese momento, intentando dar cuenta un poco más de la complejidad, se incorporan otros códigos de afecciones..., cambia el modo de registrar ante la planilla, que pide otros datos, Con la implementación del nuevo sistema informático, la apuesta tiene que ver con que ese cargado al sistema no sea hecho por cargadores sino por el propio equipo, que cada médico al final de la semana o al fin del día, pueda cargar sus datos al sistema Hay centros que lo hacen al día, y se puede disponer de estadísticas hora por hora”.

El CS Emaús fue informatizado hace poco tiempo, pero con dificultades:

D: “Les pusimos las computadoras, están empezando a cargar...lo que ocurre es que entre el momento en que el equipo empieza a cargar al día, para atrás hay una brecha, se está reforzando que haya cargas, pero son pocos cargadores y son cada vez más consultas, y el trabajo se nos va atrasando un montón,. Igualmente aún con las particularidades de algunos lugares, se puede hacer”

Evidentemente luego de lo expresado por los gestores, desde este trabajo es posible considerar que no hay seguimiento informático de consultas por control sano de niños de 0 a 4 años en los CS seleccionados. Si bien en el SICAP el código de la prestación realizada existe, solamente se infiere el total de población infantil bajo cobertura de cada CS seleccionado a partir de los registros de vacunación, dándole a las inmunizaciones la mayor jerarquía como propuesta preventiva.

Al respecto, si bien no se desvirtúa la importancia del seguimiento de la vacunación de cada niño asistido en el CS, sí se podría indagar a quién le corresponde la responsabilidad de

⁵⁶ Datos del año 2014 facilitados por este gestor para esta investigación:

- CS Emaús : 869 niños de 0 a 4 años y 11 meses bajo cobertura
- CS “Dra. Débora Ferrandini”: 1134 niños de 0 a 4 años y 11 meses bajo cobertura.

observar en las HCF o en el fichero calendario, la continuidad en la asistencia a los controles de salud pautados de niños/as.

Del mismo modo que anteriormente se hacía a través de las planillas manuales elevadas a Bioestadística, ahora con el sistema informatizado, se continúa utilizando un código para el control de niño sano. Es posible preguntarse ¿cómo se jerarquiza la información? ¿Interesan más las consultas por diagnóstico, y se relativiza o es de menor jerarquía, conocer el total de intervenciones preventivas ligadas al seguimiento del C y D en la población infantil de 0 a 4 años en el primer nivel? Resulta necesario recordar que la detección temprana de riesgos, puede darse en las consultas que se suceden a medida que el niño crece, dentro de los controles de seguimiento oportunos y sistemáticos sugeridos para cada etapa infantil.

En esta instancia, se corroboran los aportes sobre la evaluación de registros en APS de Aronna, A. y otros (2011), quienes hallaron que el análisis colectivo de los procesos de trabajo del equipo de salud se dificultaría a partir de los eventos o prácticas no consignadas en el seguimiento de los pacientes, sobre todo en las actividades de promoción y prevención.

Por otra parte, los cambios en los procedimientos técnicos burocráticos de registro informatizado de la atención ¿son suficientemente consensuados desde la gestión con los actores implicados o complican con una sobrecarga al proceso de trabajo? ¿Se ofrece capacitación suficiente del personal al respecto o se direccionan los cambios como imposición a priorizar sin definir su propósito?

Sobre el control de salud infantil y la Asignación Universal por Hijo:

Los gestores expresan que el plan nacional Nacer, con la AUH, no modificó la prestación de los CS y no influyó en cuanto a la característica del control en dichos centros.

C: “No en estos dos centros, en otros lugares hizo que más gente se acerque al control. No tanto ahora, pero al principio desorganizó bastante por el momento del año en que venía el control, porque estaba muy atado a la presentación de la libreta. Y dependía del turno que les daban para presentarla (en Anses) Hizo que muchos controles no se hagan en forma adecuada, se les firmaba la libreta y se les daba un turno para después y dependía que las madres vinieran o no”.

D: “En general es una población que de alguna manera ya estaba referenciada a los CS, en algunos casos sirvió para vincularlos, en gente que no estaba referenciada.”

Es necesario recordar que, los niños menores de 6 años que sean titulares de la AUH deben estar inscriptos en el Plan Nacer y concurrir al Centro de salud a cumplir con el esquema de vacunación completo o en curso para la edad, según el Decreto Nacional N° 1602/2009. Para

cobrar el último mes del año se requiere la constancia del cumplimiento de los controles de salud del niño en la denominada Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación, que debe ser presentada en Anses, entidad que verifica su cumplimiento.

Es de destacar que el trabajo en salud infantil en APS en Rosario es previo a esta asignación. Con respecto al cumplimiento obligatorio de controles en los beneficiarios que reciben la AUH, el jefe del CS Emaús refiere que la misma tiene un impacto, en cuanto a accesibilidad, aunque no sea poblacionalmente muy significativo en Rosario, por la modalidad que en atención de la salud infantil se tiene desde hace más de 20 años. La preocupación es tratar de mantener ejes que tengan que ver con los pilares que son los fundacionales de la Atención Primaria, como lo es la equidad, en concordancia con el objetivo de la AUH y del acceso de la gente que no llegaba a la atención:

J1: *“Es como un derecho ganado, que a la persona le ayuda muchísimo desde lo social y económico. Antes en este CS se daba la leche a todos los menores de 5 años y a las embarazadas, pero actualmente reciben menos kilos de leche para repartir, entonces al poder disponer hoy de la asignación, a muchas familias las posiciona en otro lugar”*

Estos tres directivos consideran que la implementación de la AUH, al principio impuso un modo distinto en la organización:

D: *“Hubo confusión por el desconocimiento nuestro y también de la población. Creo que no nos impactó en el modo de trabajo,... para poder dar cuenta de lo que es el papeleo. Hizo que de repente llegara un montón de gente, aunque fueran todos referenciados. Los CS se organizaron en cuestiones más artesanales dentro de la institución, por ejemplo llega el paciente y deja la libreta, alguien se fija en la HC si tuvo un último control hace poco tiempo y lo transcribe, para no dar un turno innecesario”.*

Se empezaron a encontrar otras formas de responsabilidad más compartida. Se tomaron medidas acertadas consensuando la necesidad de dar turnos para control en los casos de niños que realmente los requirieran, sobre todo en la época de mayor demanda. Finalmente se vio que el mayor impacto para control sanitario lo tuvo en los chicos en edad escolar y no tanto en la franja etaria de 0 a 4 años en estudio.

También se valora el hecho de contar con población ya referenciada y vinculada a partir de una gestión municipal sostenida a lo largo de 25 años que prioriza la APS en los CS, siendo esta misma gente la que además ahora accede a este beneficio en sus ingresos.

Sobre este punto es importante recordar que el estado nacional direcciona fondos adicionales⁵⁷ a la provincia y/o Secretaria de Salud para las prácticas brindadas dentro del nomenclador de prestaciones preventivas comunitarias del Plan Nacer.

Para la población de niños menores de seis años, éstas son: Consejería en salud buco-dental; Diagnostico socio-epidemiológico de población en riesgo; Encuentros para la promoción de pautas alimentarias y Encuentros para la promoción de desarrollo infantil.⁵⁸

Sobre otras profesiones que intervienen en la atención de salud de niños de 0 a 4 años

En relación al trabajo de los enfermeros/as en actividades preventivas en niños de 0 a 4 años, los jefes aportan que las mismas se refieren a la vacunación en cada etapa etaria. En todos los CS se cumple con la normativa del calendario nacional de inmunizaciones; esto sólo se altera cuando se afecta el suministro de vacunas, por un faltante a nivel nacional.

Con respecto a la atención de la salud bucal por parte de los odontólogos en niños de las edades en estudio, en todos los CS se adoptan consensos en la aplicación de odontología preventiva.

La participación de la fonoaudióloga en promoción de la salud infantil se realiza formando parte de los Talleres de 0 a 3 años. En un principio fue un acuerdo de trabajo para todos los CS del distrito, pero sólo en el CS Dra Ferrandini se pudo sostener, y no en el CS Emaús. Esta situación fue explicitada por varios profesionales entrevistados.

Entre las dificultades que fueron apareciendo, una de ellas fue que el equipo fue cambiando, la gente que lo sostenía localmente estaba en otro centro o en otra función. Otra fue las relaciones personales entre los equipos y las fonoaudiólogas en algunos CS. Así lo explicita el coordinador:

C: “Se dejó de discutir, para mi criterio, la lógica del para qué, y el porqué de la necesidad de estos espacios. Fue tomando una cuestión más pragmática, de productividad, de cómo les rendía a todos y se dejó sujeto al criterio de cada uno de los equipos... Luego fue necesario reconfigurar esos dispositivos y en algunos lugares terminó siendo la misma práctica que hacía cada uno en el consultorio, pero en un espacio colectivo.”

⁵⁷ La magnitud de los pagos por capitación recibidos a nivel provincial se basa en parte en el desempeño de la provincia, según lo medido por catorce indicadores trazadores (por ejemplo, indicadores de atención prenatal y cobertura de vacunación en mujeres y niños elegibles, siguiendo los protocolos de calidad predeterminados en Documento del Banco Mundial Informe N° PAD1397, (2015:7)

⁵⁸ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación: “Plan Nacer. Proyecto de Inversión Salud Materno Infantil Provincial”. Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, 2010.

Esto evidencia que dar primacía a las acciones de promoción y prevención en salud infantil, requiere de la organización del proceso de atención y de la constitución de un equipo de trabajo dispuesto a adherir y/o a consensuar con una propuesta innovadora de la gestión, aun con las dificultades que significa asumir la asignación de nuevas tareas, junto con la resolución de la demanda espontánea. Esto implica tiempo limitado para la planificación y ejecución integrada de las mismas. Asimismo habría una diferencia de perspectivas entre la decisión política del gestor y la aplicación técnica posible en cada contexto de trabajo:

C: Finalmente un impacto tiene sus plazos para dar algunos logros y si se está más preocupado por la demanda, los perdés prácticamente”.

Siguiendo el aporte de Rose, G. (1994:44), los resultados de las intervenciones preventivas se ven a largo plazo, y requiere que los trabajadores de la salud acepten la responsabilidad y las autoridades sanitarias se comprometan en su sostenimiento.

Aunque desde la mirada de Fränkel, D. (2002:63-72), en los espacios internos de los CS se dirime la disputa en torno a la búsqueda de hegemonía, a través del control del conocimiento por parte de múltiples disciplinas intervinientes, es de este modo que obtienen primacía las relativas a actividades curativas por sobre las preventivas o de promoción. Además éstas son prácticas que requieren de intercambio interpersonal, consolidando vínculos que habiliten la transmisión del conocimiento como instrumento para la apropiación colectiva. No todos los profesionales estarían dispuestos para esta tarea.

2-Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación:

En este acápite se incluye la forma en que se coordina el seguimiento de las diferentes actividades en el proceso de atención de niños de 0 a 4 años en los centros de salud seleccionados.

Acciones preventivas

Las acciones preventivas que se realizan de manera sistemática y que más relevancia tiene para el personal del CS Emaús, son las inmunizaciones, por ser la actividad preventiva que tiene mayor impacto poblacional.

Además, es un indicador de seguimiento de cobertura de la población infantil de la jurisdicción, Desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que constituye la base del control de enfermedades transmisibles, se realiza el abastecimiento de insumos y vacunas y se planifican las actividades para alcanzar la cumplimentación del calendario de vacunación. Es financiado y monitoreado por las autoridades sanitarias nacionales,⁵⁹ De igual forma, el Plan Nacer/Sumar, exige el cumplimiento del esquema de vacunación completo de acuerdo a la edad a los beneficiarios de la AUH.

Según el Jefe, éste es tema de discusión que ocupa las reuniones de equipo, hasta si el horario de vacunación debería ser abierto o restringido. El gestor del CS Emaús relata que han aparecido dificultades en la gestión de vacunas, por la faltante de algunas a nivel nacional, como la Triple acelular, o la anti-poliomielítica. Ante estas cuestiones que evidentemente exceden la propia gestión del CS, afirma:

J1: *“Y por eso se ha tomado la determinación, en realidad de organizar que hacemos con esta falta, de dosis, junto con el reclamo al nivel superior”*

Al respecto, aparece una respuesta debatible en relación a las actividades preventivas, por parte de este médico generalista en su doble rol: tiene población adscripta a cargo y es el Jefe de CS Emaús, al expresar:

J1: *“Uno podría resignar casi el control del crecimiento y desarrollo, en cuanto a lo antropométrico... Es más importante y tiene más peso preventivo la colocación de la vacuna que el crecimiento en peso y estatura...obviamente que no son excluyentes, pero tiene mayor impacto”*

Resulta evidente que se pone en tensión, que si un niño contrae una enfermedad prevenible por inmunización, pareciera ser más grave para este gestor, que si como médico en un control periódico en consultorio, aparece en un niño un retraso en C y D que podría ser luego compensado. El no acceder a una vacuna que estaba disponible y no se aplicó a tiempo, lo interpela de otro modo por la responsabilidad en el cumplimiento obligatorio del esquema de vacunación de los niños del radio del CS, en su rol de autoridad sanitaria.

Esta actividad además, es posible de cuantificar en destinatarios y dosis suministradas en cada CS, por lo tanto conocer la cobertura alcanzada. Pero no sucede lo mismo con las consultas por Control Sano, que como se vio anteriormente, falta su registro informatizado, lo

⁵⁹ Desde el Programa Municipal de Inmunizaciones desde el año 2003 se propusieron utilizar al Monitoreo rápido de cobertura de vacunación como una herramienta de supervisión de las actividades del PAI, en cada uno de los seis distritos de la ciudad de Rosario. Puede ser utilizado por los profesionales de la salud pertenecientes a cada CS como una herramienta de evaluación periódica, a fin de alcanzar los niveles de cobertura propuestos por el PAI. En “Monitoreo Rápido de la Cobertura de Vacunación en Niños Menores de 6 Años en la Ciudad de Rosario”, Sistema Municipal de Epidemiología Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario <https://www.rosario.gov.ar/mr/epidemiologia/...sime/...la...rosario/>. (consulta 13/2/2016).

que implica la imposibilidad de evaluar esta prestación. Queda la inquietud acerca de, si en algunas oportunidades en el proceso de la atención infantil, se opta por dar preferencia a una actividad en desmedro de otras, a partir de la factibilidad de medir su impacto dentro de la llamada APS selectiva.

En otras instancias, es un claro ejemplo de articulación de acciones, el caso de las fonoaudiólogas. Ellas participaron en un principio en todos los espacios de discusión de los CS del distrito, realizando junto al equipo, promoción de la salud a través de los Talleres de acompañamiento de niños de 0 a 3 años. El coordinador explica:

C: “Cuando esta actividad logró mayor impacto, se trató de lograr un equilibrio, también cubriendo la atención de los chicos que ya estaban con algún problema y no accedían al tratamiento”.

La atención clínica fonoaudiológica se realiza en ambos centros por una misma profesional, pero el taller junto al equipo de salud, sólo se realiza en el CS Dra Ferrandini, Sobre este punto, el Jefe del CS Emaús reflexiona:

J1: Lo terminábamos revisando y generalmente accedían las madres que más consultaban, que venían siempre. En vez de ser una actividad que tuviera algún tipo de impacto, estábamos más preocupados por garantizar que este espacio sirviera.... Pero terminábamos convocando a último momento, por esta cuestión que tiene que ver con lo de la atención en serie, a veces cuando te supera la demanda...”

Vuelve a aparecer en las reflexiones de este gestor, la demanda espontánea de atención por morbilidad que deben afrontar los profesionales del CS, que supera y dificulta la posible oferta de acciones que promuevan el C y D en poblaciones vulnerables.

Sobre la articulación intersectorial

Al respecto el Director de CS afirma que están trabajando en un nuevo proyecto de Desarrollo infantil, desde hace un par de años, para trabajar sobre estimulación en espacios más colectivos. Se ha conformado un grupo, con apoyo desde el área de Planificación de Promoción y desde el área de Formación de la Secretaria de Salud para trabajar sobre un documento guía:

D: “Es en conjunto con Promoción Social, ya que son actores también a la hora de mirar esta temática. No constituye una guía de atención en consultorio, pero orienta en la forma de mirar al niño, pensando no en control de niño sano sino en su desarrollo”.

Asimismo afirma que estarían las condiciones dadas para retomar el espacio del Taller que existió durante unos años en el CS Emaús, junto con el CCB N° 17, explicando:

D: *“Nosotros pretendemos que se impulsen estos espacios de desarrollo, con el soporte de este equipo, más allá que los recursos son finitos y no lo podremos tener en los 50 centros”*

Se piensa al equipo conformado desde Promoción Social y desde Salud como soporte, ya que sería imposible que concorra todo el tiempo. Será un acompañamiento a distancia, con encuentros una vez al mes, haciendo supervisión en estos centros.

Afirma el deseo de que estos espacios tendrían que existir en todos los CS:

D: *“Se apunta a encontrar gente entusiasmada en algún centro, que puedan estar generando espacios colectivos, donde se pueda estar viendo el desarrollo de los niños, el vínculo con sus mamás, saliendo del control tradicional en el consultorio.”*

El jefe del CS Emaús refiere que se articulan acciones en el espacio del Centro de Convivencia Barrial Emaús N° 17. Allí concurren la odontóloga, la fonoaudióloga, el enfermero y los médicos generalistas para realizar trabajo preventivo en niños de 2 a 4 años, y además destaca:

J1: *Hay actividades que se sostienen desde el CS. Son un tallercito de cepillado de dientes que lo vienen haciendo sistemáticamente los odontólogos desde hace muchos años, con la topicación de flúor cuando es necesario. Alguna entrevista más colectiva, por ejemplo va la fonoaudióloga y se puede sentar con ellos y luego hablar con las maestras jardineras acerca de cuáles chicos presentan dificultades; o en general, poder dejarle algunas pautas: “mirá esto es esperable a esta edad”*

Dicho Jefe además tiene una reunión mensual con el personal del CCB, donde se hablan de distintas problemáticas, las cuales atraviesan, no solamente las relacionadas con los niños de dos a cuatro años que allí concurren, sino con la población en general.

También, el gestor del CS Dra. Ferrandini aporta que se trabajan algunos problemas de salud en la población infantil, en forma conjunta, el equipo de salud con la jefa del Centro de Convivencia Barrial cercano (N°19), en especial sobre los cuidados del niño:

J2: *“...tratamos de ver algo en relación a la accesibilidad, cuando se trata de actividades hechas con un CCB, que está equidistante de dos centros de salud, uno provincial (CS Guadalupe) y otro municipal. Hemos hecho una actividad con el otro CS tratando de trabajar esa referencia de los pacientes a los CS y de pensar en esa población puntualmente de niños”*

Se coordinan acciones con el CS provincial fundamentalmente por ser un territorio que comparten y se comunican lo que están haciendo. Este jefe explica, por ejemplo que avisan cuando hacen campaña de detección de cáncer ginecológico, porque saben que alguna repercusión va a tener, y es posible esperar alguna demanda al respecto, también en este CS.

Hay otras actividades que se programan con alguna institución en una situación determinada, como cuando a la trabajadora social o a la gestión les llega cierta inquietud de

alguna de las instituciones del territorio con las que ya venían trabajando, entonces se ponen de acuerdo en la temática y coordinan con el equipo de qué manera trabajarlo.

Para el Jefe del CS Ferrandini el Taller para madres constituye una actividad preventiva colectiva sostenida con una continuidad de hace más de 8 años. Además se vislumbra sistematización en ambos CS, en referencia al Taller de cepillado y topicación con fluor en los CCB cercanos a cada efector. Los jefes de los dos CS mencionaron vínculos cercanos con dichos centros barriales, con reuniones frecuentes y trabajo colaborativo conjunto de los profesionales del equipo de salud, ante las problemáticas que se presentan.

Participación de la gestión: dificultades y logros

En el espacio de puesta en común de las reuniones de equipo de salud, de los días jueves, es donde se realiza el seguimiento de las distintas intervenciones de promoción, detección y atención.

El gestor de CS Emaús relata las dificultades que implican articular el trabajo:

J1: “A veces se tiene la posibilidad de identificación de un problema y cierta dificultad en el seguimiento. Pasa con la fonoaudióloga, que trabaja casi de un modo matricial. Viene a trabajar a nuestro CS y tiene otros tres CS más y no puede participar sistemáticamente en nuestras reuniones de equipo. Por eso es más difícil encontrar un momento... termina siendo una cuestión casi de charla casi de pasada”.

Se hace mención a la profesional que debe repartir su carga horaria concurrendo un día por semana a cada uno de los cuatro CS, dos de los cuales son los considerados en este trabajo.

Por su parte, el gestor del CS Dra Ferrandini afirma que las actividades preventivas en general que se sostienen a través del tiempo, Aunque aclara:

J2: “Depende de los momentos del año, ya que el año anterior tuvimos una temporada bastante complicada, donde en realidad no pudimos avanzar sobre muchas tareas preventivas”

En cuanto a actividades de promoción de la salud intersectorial que se realizan:

J2: “Ahora estamos pensando alguna actividad, en el marco del programa Municipios Saludables, que se está llevando a cabo en parte de este territorio, con algunas organizaciones y con una mesa territorial Se trata de un programa nacional que trabaja conjuntamente con la Secretaria de Salud, para poder pensar las cuestiones ambientales que influyen en determinadas patologías”.

Se hace referencia al Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables (Resolución Ministerial No 246/2003) al que la ciudad de Rosario es municipio adherente y consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el nivel local, teniendo como objetivos: la prevención de factores de riesgo para la salud, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, la salud integral del adolescente, la promoción de ambientes libres de humo, la promoción de la actividad física y vida activa, la prevención de conductas adictivas (alcoholismo, tabaquismo, drogas ilícitas, etc.), la nutrición y alimentación saludable, entre otros.

La Mesa de Trabajo Intersectorial al que hace referencia, es la que analiza la información sistematizada para caracterizar la situación de salud de una población y apoyar la gestión en salud en el marco de la acción intersectorial municipal. Se busca consolidar espacios de cooperación e integración entre las necesidades de la comunidad y la agenda política, e impulsar acciones de los propios protagonistas para la construcción horizontal de políticas públicas saludables, sustentables y creativas. Participan equipos técnicos de salud, promotores territoriales, representantes de organizaciones de la sociedad civil, universidades, sociedades científicas.⁶⁰

J2: “La idea es trabajar esto y al mismo tiempo poder prevenir, presentando algunas pautas de alarma en relación al pico invernal, que tiene que ver con patologías respiratorias, donde se producen una gran cantidad de consultas espontáneas en el CS. Asimismo en junio, julio y agosto se reducen los controles lo más posible. Sólo se controla al niño recién nacido, el resto de los niños pasa a agosto.”

En este CS aparece una situación particular: durante tres meses se reducen los turnos para controles médicos. Se priorizaría el seguimiento sólo en bebés hasta los 28 días, para responder a la demanda espontánea por morbilidad. Esta oferta segmentada, ¿respondería a la reducción de profesionales antes expuestas, o por dificultades de la gestión para lograr mejoras? o simplemente se justifica no citar niños para controles con el fin de evitar contagios en sala de espera.

Dentro de su participación como gestor para la satisfacción de necesidades de los diferentes actores en el proceso de atención de la salud infantil, aparece para el Jefe de CS Ferrandini, como mayor dificultad el tiempo disponible para las actividades preventivas o de promoción de la salud:

⁶⁰ Municipalidad de Rosario- Salud Pública: “Rosario participa de las XII Jornadas Nacionales de Municipios Saludables”. Gacetilla de prensa, Fecha de publicación: 03/10/2013

J2: *“El tiempo que lleva el armado de una actividad, su programación y su desarrollo. Más allá del tiempo puntual de la misma, de dos o tres horas, también lleva tiempo su organización. Porque el temario lo tiene el médico en la cabeza, pero es cómo lo hacemos, cómo lo pensamos con estas mamás, cómo hacemos para que tenga algún efecto...”*

Del mismo modo, el jefe del CS Emaús justificó la imposibilidad de sostener el Taller de seguimiento de niños de 0 a 3 años, en cuanto a tiempo, esfuerzo de convocatoria e impacto esperado:

J1: *“Hay veces cuando te supera la demanda y vos decís: ‘Uy mañana me tocaba organizar a mí y a quien le digo que venga’, entonces vos llamabas a las madres que más venían”*

En un nivel más general, el Director de CS destaca la experiencia positiva y efectiva de articulación de distintos sectores y de diferentes disciplinas en un espacio que tiende al desarrollo de niños de 0 a 4 años, y a fortalecer la organización. Al respecto relata:

D: *“Nuestras experiencias de espacios de desarrollo infantil, junto con Promoción Social y junto con algunos especialistas como neuróloga del Vilela, que esta sumada a algunos de estos espacios. Las nutricionistas que se ha sumado también, y que trabajan en vínculo con la comida, con la alimentación saludable (que dependen de APS). Esto para nosotros es una experiencia muy positiva de articulación de distintos sectores y de diferentes disciplinas en ese espacio que tiende al desarrollo de niños de 0 a 4 años. No ocurre en todos los CS, pero si ocurre en muchos.”*

Si bien hace referencia a actividades dentro del sector salud al interior de los CS, luego lo amplía en relación a los demás sectores, y explicita:

D: *“Después hay particularidades, en los modos de articular, ya que muchos CS tienen una experiencia positiva construida con organizaciones del barrio; como los CCB. No se lo puede nombrar como una generalidad, pero si hay muchas particularidades”.*

En relación a esta temática, y como una buena experiencia de articulación entre muchos sectores, la Dirección de CS hace referencia a la existencia de vínculos con áreas del estado como la Dirección de Niñez, con Salud Pública y con Desarrollo Social del gobierno de la provincia; con la Secretaría de Producción del municipio. Desde este lugar más central de la gestión se vincula también con algunas organizaciones barriales y con áreas de seguridad. Además han tenido contactos con la Fundación Conin- Caminos que trabaja a través de centros de Prevención de la Desnutrición Infantil.

Paganini, J. y colab (2010:21) observa que en los centros de APS, las actividades extra-asistenciales se realizan habitualmente de manera asistemática, sin registros ni responsables

identificados y que la comunidad percibe muy poco estas actividades, aunque en el caso de los CS seleccionados, los entrevistados relatan relacionarse de manera periódica y planificada con los CCB cercanos.

La forma de comunicación entre la gestión y los miembros del equipo de salud

Los Jefes de CS, el Coordinador de Distrito y la Dirección de CS tienen una reunión mensual, que son encuentros más formales a nivel de gestión. Las problemáticas particulares se resuelven junto o dentro de cada CS.

Cada CS tiene su reunión de equipo, que es un espacio de reflexión una vez por semana desde hace muchos años, momento en que se suspende la atención por tres horas. También semanalmente se encuentran los jefes con su coordinador, donde se discuten, aparte de alguna línea de trabajo, las dificultades del cotidiano en lo territorial, que muchas veces tiene que ver con el vínculo con el segundo nivel de atención, temática que se ampliará a continuación.

Se aprecia un modelo de gestión participativo. Como aporta Rovere, M (2006:25) no hay manera de reforzar la idea de participación si esta idea no permea al mismo tiempo las formas de relación entre los servicios de salud y la población, pero también la forma de gestión interna de los propios efectores. Es muy difícil generar instancias y canales de participación en modelos jerárquico-burocráticos de organización, donde el trabajador de la salud es una pieza en el engranaje, es un ladrillo en la pared.

3-Garantía de atención en otros niveles de complejidad de la asistencia médica:

En esta tercera sub-dimensión, a tener en cuenta dentro de la integralidad en atención infantil, se describirá la forma en que se efectiviza la referencia de niños de 0 a 4 años al segundo nivel de atención desde los centros de salud seleccionados para esta investigación.

El Jefe del CS Emaús refiere que cuando se encuentra algún problema en un niño que requiera interconsulta, o estudios complementarios, a veces hay dificultades para acceder al siguiente nivel de complejidad. Dentro del primer nivel no sucede lo mismo, al necesitar una derivación al odontólogo, a la psicóloga o la intervención de la trabajadora social. Se observa en lo que afirma:

J1: *“Se actúa siempre con la intencionalidad de mejorar el acceso y que la gente no tenga que dar tanta vuelta para resolver sus problemas, pero sí a veces cuando requiere una instancia en el segundo nivel”*

El primer nivel constituye el espacio de puerta de entrada de la población, permitiendo la accesibilidad rápida a la atención sanitaria, por su cercanía al lugar donde viven y trabajan los habitantes. En la investigación de Paganini, J. y otros (2010:21), que evalúa la estrategia de APS en algunas regiones de Argentina, encontraron que para la comunidad como para el equipo de salud, el 85 % de los centros resuelve la consulta. Las derivaciones por causas que no requieren resolución urgente son principalmente por indicación de estudios complementarios pero la necesidad de una atención de mayor complejidad es la causa más común de falta de resolutivez de la situación que aqueja al paciente.

Al respecto, el jefe del CS Emaús describe que en los últimos 20 años, el lugar de derivación estaba pensado en redes dentro del sistema municipal, por lo cual las derivaciones eran permanentemente al Hospital V. J. Vilela, lugar que a los pacientes del CS les queda una hora y media de viaje. Desde hace ya dos gestiones y pensando en la accesibilidad geográfica, se trabaja en la posibilidad de integración con los efectores de la provincia. En los últimos dos años de gestión, se insiste en este sentido y aparece la posibilidad de derivación para estudios complementarios o interconsultas con los profesionales del Hospital de Niños Zona Norte, que por la cercanía les queda a sólo 25 minutos en transporte urbano.

Mientras tanto, en el CS Ferrandini se deriva a los Hospitales V. J. Vilela (municipal) y de Niños Zona Norte (de esfera provincial) por igual. Las dos especialidades con más demora de espera son oftalmología y urología; en el primero de los efectores, un turno en oftalmología promedio demora alrededor de 5 meses. Mientras que para cardiología y endocrinología, ambos CS tienen otro lugar de referencia pediátrica en el Policlínico San Martín, dentro del mismo distrito.

Es evidente que la articulación se logra con la facilitación conseguida por una misma administración política y la concepción de redes que atraviesa la organización de la salud pública.

Forma en la que se efectiviza la referencia

Ante la necesidad de facilitar el acceso a los especialistas y ordenar la llegada del paciente a la red de servicios, un gestor explica:

D: *“La idea es ahora que no vayan más los pacientes a hacer la cola a los hospitales para conseguir un turno, no se entreguen más por ventanilla, sino que los CS puedan llamar y se les asignen turnos programados.”*

Con respecto a la tardanza en acceder a la atención, ésta tendría que ver con cuestiones organizativas de los hospitales, sugieren ambos gestores:

J2: *“Los dos tienen modalidades diferentes de programación de turnos, con un horizonte de agenda un poco mayor en el Hospital Zona Norte: en una semana se puede conseguir un turno pero para dentro de tres meses, y en el Hospital Vilela esperan un poco más en abrir la agenda y el turno se consigue en dos meses y medio para el tercer mes”.*⁶¹

Los gestores de ambos CS fundamentan el proceso de atención como una continuidad, pero aparece la dificultad efectiva de articulación clínica desde los CS con el segundo nivel. Es a partir de la orden de derivación del paciente, generada desde el primer nivel, que se le asigna un turno en el hospital. Allí no se lo debiera pensar como un paciente aislado, sino que el mismo tiene un CS donde está siendo atendido, constituyendo esa nueva instancia, una secuencia del proceso de atención.

J2: *“En general es un sistema que está mucho más aceitado que en otros tiempos pero todavía le falta una vuelta. La idea del médico de cabecera y la referencia médica clínica del CS es como que cuesta mucho articularla con la del segundo nivel. Y al 2do nivel le cuesta, es una opinión mía muy personal..., pensar esa referencia clínica en el territorio”*

La espera prolongada de interconsulta con algún especialista es una interrupción de la continuidad del proceso de atención e interpela el concepto de equidad como característica de la APS, de poder garantizar, igual utilización de servicio ante igual necesidad.

En cuanto a la organización para la derivación, el coordinador de CS del distrito Noroeste y el Director de CS amplían la mirada, encontrando dificultades que se diferencian según cada centro:

C: *“Una primera dificultad tiene que ver con el circuito administrativo, me parece que en el CS Ferrandini tienen agilidad en la resolución de conseguir los turnos, mucho más que en el CS Emaús, por las características del equipo, relaciones, y demás.. Pero el equipo del Emaús tiene una cuestión más longitudinal, a mi criterio, de acompañar a los pacientes en el 2do nivel, de contactarse con los especialistas y hablar, que no se da en el equipo del otro CS.”*

⁶¹ Los días lunes se envía una planilla desde el CS con los turnos pedidos por especialidad al Hospital Vilela y allí siguiendo la lista de espera, llaman desde el hospital avisando al CS. Para el Hospital Zona Norte, es la administrativa del CS la que tiene que llamar, ya que los turnos se dan por teléfono, con el interesado presente en el CS en espera de respuesta.

Este punto se relaciona con el propósito de la gestión de lograr mejorar la comunicación entre los niveles:

C: *“Una dificultad estructural es que no está garantizada una comunicación fluida con la referencia y contrarreferencia tanto del centro como de los especialistas, y más del especialista. Sí, en casos hipercomplicados pero no en los casos promedio, falta la contrarreferencia o hay veces que la información que también se brinda es escasa ⁶², para remarcar porque lo estamos mandando Eso es una de las cosas que tenemos que trabajar...”*

Igualmente ambos jefes de los CS consignan dificultad en recibir la contrarreferencia de la derivación y que la misma, depende de cada profesional. Implica cumplir con una responsabilidad individual dentro del trabajo en red.

J1: *“Es un trabajo que desgasta reiterar la solicitud para que se efectivice.”*

Asimismo, desde la mirada del coordinador, el proceso de atención se podría mejorar articulando acciones y permitiendo una comunicación más fluida entre los distintos niveles, al resumir:

C: *“Tienen que poder compartir el trabajo. Se podría despejar el tiempo de espera, las visitas, las listas. Hay muchas cosas que se podrían mejorar, en relación a cuántas interconsultas se podrían manejar en el 1er nivel, tal cual se van generando, y que van todas en la misma lista como citaciones con el especialista. Y por otro lado hay muchos niños que son tomados por el especialista con controles mensuales o trimestrales, que no les hacen nada distinto de lo que le hace el médico de cabecera, y que generan la lista, y que además lo ponen al niño en un lugar especial, por el trastorno de tener que ir al hospital...”*

Aquí se contrapone la mirada hegemónica de las prácticas de los profesionales de los hospitales, llamado “corporativismo hospitalario” según Ferrandini, D. (2003:252), con procesos de trabajo lejanos a los intereses de la gente, con el accionar del equipo de referencia de cada CS. Este último tiene población a cargo que conoce por contactos frecuentes y que además convive en el mismo entorno geográfico. Pero ¿cómo desde los gestores del sistema de salud municipal se logra direccionar la construcción de procesos de trabajo eficientes a partir de la perspectiva de todos aquellos que intervienen en el mismo?

En el espacio de producción en red, existen diversas formas o modos de trabajar y diferentes compromisos, como se observó en las entrevistas. También el equipo de cada CS contribuye decidiendo priorizar los turnos según las necesidades, para ampliar la resolutiveidad de cada caso clínico. Aunque se reconoce también que los casos graves cursan por un circuito más directo de derivación, tal como lo afirmaron los médicos de ambos CS.

⁶² El mismo planteo es expresado por un médico generalista del CS Emaús en la entrevista.

Sin embargo, otro gestor considera que se ha avanzado mucho en la gestión para la resolución en el 2do nivel con el Hospital Zona Norte, al mejorar canales de comunicación para que los turnos se asignen teniendo en cuenta la realidad de la gente:

D: “Tenemos problemas, tanto en el Zona Norte como en el Vilela, en términos de estos circuitos de cómo se asignan y cómo circulan las planillas con los turnos, por ejemplo si te dan un turno a las 7 de la mañana para una persona que vive en un barrio donde el colectivo de noche no entra, no va a llegar nunca a esa hora”.

De la misma forma Rovere (2006:24) afirma que el incremento en la capacidad resolutive del primer nivel es posible porque se conoce dónde vive la gente y en qué condiciones puede acceder o no a un tipo de respuesta terapéutica o preventiva.

Los referentes responsables de la gestión política municipal consideran que entre los logros conseguidos están: la territorialización de la referencia de las especialidades y la formalidad de vincular a los equipos y a los administrativos de los CS con los administrativos y los profesionales de los hospitales, tal como se explicitan a continuación.

Estrategias de optimización de la articulación

El coordinador de CS del distrito explica que cuando se comenzó a derivar al Hospital Zona Norte, se pudo abrir la oferta de especialistas monitoreada desde ese hospital hacia los CS. Se inició con encuentros cada tres meses entre los administrativos de los centros con los administrativos del hospital. También desde allí, se brindó como insumo muy útil, el análisis por trimestre de quiénes estaban llegando de cada centro, con una devolución por CS, por médico y a qué especialista se estaba derivando; de este modo apareció que la demora no era igual para todos los centros:

C: “Lo primero que habíamos visto es que el CS Emaús no derivaba nada al Zona Norte porque la pediatra se había formado en el Hospital Vilela, tenía más vínculo y relaciones con el Vilela, entonces articulaba directamente allá, siendo que a los pacientes les es mucho más cómodo ir al otro hospital”

Este gestor relata que se pudo estudiar cuál era la demora según las especialidades y a partir de esto, trabajar algún encuentro con los especialistas. Con cardiología y con otorrinolaringología se hizo una reunión con los pediatras de los CS, para ver cuándo derivar y cuándo no, y lograr despejar un poco la lista de espera. Con oftalmología, se trabajó con los médicos de cabecera de los centros, para que empezaran a evaluar agudeza visual y derivaran sólo aquellos niños que presentaran sospecha de patología.

Asimismo en neurodesarrollo, como se explicó anteriormente, se cuenta con una especialista itinerante en los CS del distrito NO:

C: *“Interviene en los niños que han llegado referenciados por algún problema de prematurez o una complicación peri-parto”.*

Se propuso que para optimizar el proceso de atención, los especialistas inter-consultores de los hospitales vayan a los CS y trabajen con los médicos referentes, para observar si ameritaba la derivación de un niño, pero con inconvenientes. Según el Director de CS y el Coordinador del distrito NO, el principal problema hoy es poder asignarle una responsabilidad territorial a un especialista:

D: *“No es que me llevo a uno cualquiera de cualquier lado. Es “mirá, vos vas a tomar este grupo de centros, para que te puedas vincular con estos equipos, vincular con esta población”. Creo que la falta nuestra hoy, es no poder avanzar en forma más concreta en ese camino, eso resolvería los problemas, como la falta de turnos, la lista de espera, que se van resolviendo en la medida en que podamos avanzar con estas experiencias”.*

Tal como lo anunciaba el documento de OPS (2007), existe una desarticulación entre los distintos niveles de atención y entre éstos y los niveles de gestión técnica y política, que dificulta planificaciones de políticas, de acciones, de investigaciones y de utilización de recursos que apunten de forma efectiva y eficiente a la equidad.

Intervención de la gestión en casos problemáticos

La gestión se implica en casos problemáticos puntuales, cuando hay que reordenar el circuito, o no hay acuerdo entre las partes:

C: *“Por ejemplo el caso de una niña del CS Emaús que se la estaba viendo en el Hospital Vilela e iba a ser derivada a Buenos Aires para hacer un tratamiento. Nos sentamos con el equipo, y revisamos su HC y con la consulta con otro profesional del hospital, se pudo reordenar el proceso aquí”.*

También, cuando aparecen obstáculos en los canales habituales de articulación entre niveles, se recurre a otra instancia de gestión:

J2: *“Si la agenda con el segundo nivel nos genera una dificultad clínica importante, vemos cómo hacemos para llevarlo a otro espacio donde tengamos una posibilidad de resolución”*

Finalmente el Director de CS expresa sus aspiraciones y anhelos respecto de la APS dentro de la red de salud:

D: *“Estamos convencidos que la Atención Primaria no es el primer nivel de atención. Los CS son solo una parte dentro de esta estrategia, que tiene que atravesar a toda la red. Reforzar el hecho de que sólo los CS son atención primaria, es reforzar una lógica más focalizada y de recorte. De esta forma, es vista la Atención Primaria como una filosofía que se organiza como red de salud, tanto para el equipo que está en el CS, y como para los otros que les toca estar en el hospital.”*

Si bien, en las entrevista a los gestores, se observa que se efectiviza la responsabilidad del primer nivel de atención respecto de la atención de cada paciente, como destaca Rovere (2000:181), asumiendo la derivación y obtención de turnos en los niveles que se requieran, se necesita de un trabajo constante de política de gestión, para sortear la deficiencias y diferencias en las prácticas con el fin de sostener una real continuidad del proceso de la atención infantil.

4-Abordaje particular del niño:

Dentro de este eje, se observa la valoración respecto a la adecuación de la atención infantil de niños de 0 a 4 años, teniendo en cuenta los condicionantes y determinantes socio-culturales del conjunto poblacional que cubren ambos CS.

Respecto a las características y necesidades de la población:

Las condiciones de vida de la población que se atiende en los centros de salud, es expresada principalmente a través de la caracterización de los habitantes usuarios por parte del jefe del CS Emaús, que también trabajó en otro CS de la zona:

J1: *“Es gente que comparte el lugar de procedencia, generalmente del Chaco, con condiciones de vivienda más o menos parecida, con cuestiones del hacinamiento Es un barrio que tiene zanjas, sin cloacas y con conexiones de agua clandestinas, con algunos caños que les llegan a la casa pinchados, porque después de una lluvia o una tormenta se ve que burbujan.”*

Explica que estos son aspectos que desde el punto de vista sanitario no están tratadas, siendo de otros niveles de resolución. Esta mirada también la comparte el gestor del CS Dra Ferrandini al referirse a problemáticas ambientales generales, como puede ser un basural al lado de la casa de un chico que se enferma continuamente:

J2: *“Esto no requiere directamente de la solución desde acá, nosotros lo que hacemos es poder agendar esta situación en otros espacios o en otras instituciones que tienen otras posibilidades de resolución”.*

Ambos gestores no se explayaron con respecto a su propia gestión al respecto o cómo el sector salud debiera trabajar estas problemáticas en forma intersectorial, tal vez porque se han casi naturalizado las condiciones de vida de la población usuaria de ambos CS.

Se recuerda en este punto el aporte de Díaz, A. (2005), cuando vincula a la salud infantil con elementos de orden más general, como un medio ambiente saludable con agua segura, urbanización armónica, con un medio social que satisfaga sus necesidades básicas, además de las condiciones del espacio familiar y prácticas de crianza adecuadas.

En relación al aporte nutricional de la entrega de leche a los menores, que es una actividad tradicional que caracteriza a la atención primaria desde los CS, en términos sociales e históricos, el Jefe del CS Dra Ferrandini explica que cuando se proyectó este Centro, hace apenas 6 años, se había pensado inicialmente en que no entregara leche. Esto constituyó una discusión bastante grande:

J2: *“Esta cuestión de soborno más cercana a otros tiempos, que no es la lógica actual, era lo que convocaba. Hoy este objetivo está bastante desdibujado y las necesidades de las poblaciones con las que trabajamos son otras.”*

Pero finalmente se decide priorizar la entrega a la población infantil puntualmente de seis meses a dos años; dando un aporte esencial definido a partir de un criterio clínico y/o según alguna necesidad que aparezca durante la entrevista. Asegura que no retiran la leche todos los niños que se atienden en este CS, ya que hay familias que tienen otros recursos y que no la requieren o no la piden.

Además el coordinador de CS del distrito NO y el director de CS demuestran la adaptabilidad y flexibilidad de los equipos de los CS, en relación a la situación socio-histórica que vivencian, en cuanto a la entrega de leche:

C: *En realidad lo dispone en este último tiempo, cada centro, en un primer momento era hasta los 5 años, después en algunos centros bajaron a los dos años, por una cuestión de la falta en la entrega.*

D: *“Hay normas nacionales y provinciales que sostienen que es hasta los dos años. Hay en esto flexibilidad y autonomía de los equipos, nosotros lo hemos ido intentando según la realidad del momento. La de hoy no es la misma que la del 2000 o del 2002 en términos del acceso al alimento. En ese momento, dependía por supuesto del volumen de leche que teníamos y de los criterios que cada equipo iba pudiendo definir, en algunos casos solos, o en esos momentos de mayor crisis, en acuerdo a veces con las organizaciones barriales, con algunos referentes”*

El acceso a la alimentación de los niños bajo cobertura del equipo de cada CS pasa a ser prioridad, y asegura el director de CS:

D: *“Los que están trabajando allí, son quienes mejor conocen las necesidades en cuanto a si hay una familia que merece un apoyo especial”*

También explicita el Jefe del CS Ferrandini, que le corresponde intervenir al trabajador social, para direccionar algún tipo de ayuda económica estatal en niños que lo necesiten:

J2: *“Le toca al trabajo social poder referir a la ayuda económica que el Estado ofrece a las mamás o papás que estén en una situación económica compleja, que requiera e algún tipo de intervención de otro orden, para eso hay determinados mecanismos, está la AUH, está la Tarjeta Solidaria, que es como una ayuda o un incentivo económico que se puede usar, hay un Programa Nacional de Nutrición, el Nutrir Mas que tiene que ver con un aporte de alimentos”*

La atención a niños que cuentan con obra social se admite por criterio de universalidad. No se hace discriminación, pero por una cuestión equitativa se trata de evaluar cuál es la situación de cada madre y si puede seguir los controles del recién nacido en un efector privado, según el coordinador de distrito explica:

C: *“Muchos de las obras sociales les cubren todo, pero por ejemplo, en la UOCRA, tienen que hacer los controles en Bvr Oroño, y se dificulta que la madre se traslade con un chiquito recién nacido con otros chicos al centro. Entonces no tienen el parto en el efector público, pero los controles los hacen en el CS más cercano”.*

Sobre la satisfacción de las demandas de los diferentes actores del proceso de atención de la salud infantil

Ante situaciones particulares de algún niño, realizan un encuentro entre varias disciplinas que aportan en la solución de un problema:

J1: *“A veces nos come la demanda pero intentamos tener un encuentro por ejemplo, un médico con la trabajadora social y la psicóloga para trabajar distintas situaciones y tratar de deconstruir el problema y de encontrar entre los tres o cuatro que nos reunimos, un modo de intentar resolverlo.*

El abordaje de problemáticas particulares en el CS Distrito Dra. Ferrandini se trata también de hacer por fuera de las reuniones de los jueves, para poder trabajar allí otras cuestiones de la organización del equipo. Asimismo, en este CS también aparecen circunstancias singulares que emergen en forma de reclamos de los profesionales del equipo ante el gestor, quien explica:

J2: *“Se quejan por el aumento de la demanda. No sé si es tanta cantidad de pacientes, Muchas veces, me parece que es en términos cualitativos, es la calidad de las*

dificultades de las situaciones por las que consultan al CS, es decir la complejidad del abordaje de una consulta por mínima que sea”

La expresión anterior pone en cuestión el aumento en cantidad versus complejidad de la demanda que tensiona al equipo de salud, que este gestor manifiesta desde una mirada empírica de la situación. Dicho gestor no es profesional de la salud.

Al respecto Fränkel, D., (2002:65) sostiene que el saber médico adjudica a lo social una parte del problema, pero no le reconoce incumbencia en la práctica de atención.

Esto implica de parte de cada profesional, en principio conocer a la comunidad que atiende y luego, enfrentando sus propias contradicciones, dentro de un cierto grado de libertad, involucrarse o estar atento a la posibilidad de acudir a otros saberes o prácticas disponibles en el equipo y si las problemáticas psicosociales exceden la capacidad operativa del mismo, orientarlas a otros servicios de salud.

Los equipos de salud de ambos CS cuentan con un trabajador social a los que se recurre en los casos puntuales, como fue desarrollado anteriormente.⁶³ Pero aparece como una problemática de mucho peso resolver en la consulta un aspecto que se escapa de la práctica clínica directa del diagnóstico y tratamiento de una afección, por ejemplo un lactante con bajo peso puede serlo a consecuencia de aspectos socio-ambiental y culturales cuya resolución conlleva un abordaje complejo.

Al respecto Paganini, J. y otros (2010:21) refieren, en un trabajo de evaluación de la estrategia de APS en distintas regiones sanitarias del país, que la percepción del grado de resolutivez de las problemáticas sociales por parte de los profesionales de los CAPS varía ampliamente (en promedio, estiman que las resuelven en el 45,5 % de los casos). Este valor es similar al obtenido de la población encuestada que demanda atención (43,5 %). Resulta evidente que la articulación intersectorial para resolver las problemáticas sociales en los CS estudiados en dicha investigación, es poco frecuente y no está sistematizada.

A modo de resumen, en el CS Emaús se pueda destacar como característica del proceso de atención del niño sano, según su gestor:

- el sistema de familia adscripta:

J1: *“Porque me parece que eso es lo que te habilita, lo que mejora el acceso”.*

⁶³ En el marco de la producción de datos en las entrevistas, como observador no participante se presenciaron reuniones de intercambio entre miembros del equipo por situaciones sociales de niños que aludían a un proceso de atención integral.

Desde hace más de 10 años, el Jefe del CS de ese momento, fue el que insistió con su implementación.

J1: *“Era una insistencia que al menos transformaba, hoy tenemos todas historias clínicas familiares, no hay HC individuales....”*

- la participación del equipo de salud en las instituciones del barrio, la cercanía y familiaridad con la comunidad. En referencia a esto remarca:

J1: *“Nosotros salimos mucho, recién llegamos del CCB, ahora está el enfermero. Participamos en talleres de fútbol con chicos, y estos chicos tienen hermanos y familia. A veces que te vean afuera, es totalmente distinto para el que viene y te espera acá. Ven que vos caminas el barrio y participas de alguna festividad.”*

En relación a esto, se observó que en el CS Emaús, en los carteles indicativos de cada consultorio aparecen sólo los nombres, sin el apellido de los profesionales; aunque esto ocasione quejas desde los hospitales donde son atendidos los pacientes, porque se les pregunta el apellido del médico que los atiende, y ellos no lo conocen. Por lo que es de destacar aquí, el grado de familiaridad que prima en las modalidades vinculares de los usuarios con el equipo de salud y el sentido de apropiación que tienen los vecinos respecto al efector (Díaz, A; Huerta, A. y otros, 2000).

En el CS Dra Ferrandini, su gestor considera en referencia al proceso de atención del niño sano que se pueda destacar:

- El taller de acompañamiento de niños de 0 a 3 años, que es el único del distrito.
- El vínculo con las instituciones de la zona:

J2:” *El trabajo con las organizaciones cuando es posible hacerlo. El mayor trabajo es con chicos de jardín, de hasta 4 años en los CCB”*

Según el Director de CS, lo que caracteriza a los centros seleccionados, es el grado de autonomía y de flexibilidad para ir adaptándose a los cambios del territorio y poder contemplar la necesidad de la población. Esto los diferencia de los servicios hospitalarios. Una muestra es el cambio en la forma de dar los turnos.

Desde la Coordinación del distrito, se abrió la discusión a fin de mejorar la modalidad de entrega de turnos en los dos centros. Cada uno con una modalidad distinta, que a su criterio dificultaba el acceso:

En el CS Emaús se daban una vez a la semana, con largas colas y los que accedían eran en su mayoría los mismos pacientes. Al cambiar la modalidad y darlos todos los días, se facilitó el ingreso.

En el CS Ferrandini, los turnos los daba únicamente cada médico de cabecera, generalmente una vez cada 15 o 20 días, y se generaban colas de 40 o 50 personas, que se anotaban hasta un punto y si no accedían debían volver el mes siguiente. Esto se cambió, y además de que cada médico programe sus propios turnos, actualmente se asignan turnos desde la administración. Se pudo trabajar según el perfil que tiene cada centro, en una búsqueda constante de encontrar la mejor forma de que el acceso al turno no sea una limitante para la gente. El director de CS afirma:

D: "Esa necesidad y ese cambio en la realidad de los barrios, es lo que ideológicamente y filosóficamente debiera ordenar y orientar a los servicios, pero a veces se tienen lógicas muy rígidas en situaciones que van cambiando"

Se pretende que la organización propia del CS pueda ser lo más flexible posible para que la gente pueda encontrar un modo de ser acogida, por ejemplo, dar preferencia a la embarazada y al recién nacido que llega sin controlar y sin ningún seguimiento.

D: "Un recién nacido suele ser una prioridad, cuando llega sin referencia. Siempre pensando en las situaciones que se intentan agendar en el momento, para que no tenga que volver a la semana para ver si hay un turno"

Sobre la implementación del control de niño sano, el coordinador del distrito considera que es adecuada, en cuanto al equipo de atención de la población que se asiste en los dos centros de salud seleccionados. Muestra el conocimiento que tiene sobre la temática explicando que el área de influencia de los dos centros, es similar. El CS Emaús tiene 9000 personas, el 50 % sin cobertura obra social, aproximadamente 5000, considerando el cálculo de un médico cada 1000 habitantes sin obra social se contaría con cinco médicos. En la zona del CS Dra Ferrandini el cálculo es el mismo, con población apenas más grande, pero la atención está repartida entre tres centros. Por las HCF que tiene dicho CS, son cerca de 6500 personas y sería más holgada esta relación, al contar con cinco médicos.

Con respecto al control del niño sano aparece una reflexión crítica final del Director afirmando:

D: "Todos los meses citamos a los chicos y la verdad que es mucha inversión con poco impacto. Para nosotros el control del Niño sano es una de las prácticas que más nos hace entrar en contradicciones y que más nos interpela, porque tenemos muchísimas situaciones muy complejas de casos que estallan en algún momento. Y cuando uno va a la HC, han pasado durante años controles de niño sano correctos Pero aparecen chicos hipoacúsicos, otros con problemas en el habla, con retraso de maduración, con carencias de estimulación y que han tenido la mala suerte de pasar durante muchos años por un consultorio, donde se los ha pesado y medido, son chicos que crecieron bien, que no han tenido problemas de alimentación..."

Esta última preocupación da fundamento a los interrogantes que guiaron a este trabajo. Es este gestor el que se permite dudar en la aplicación clínica de conocimientos capaces de evaluar las conductas infantiles que caracterizan el desarrollo y que, muchas veces difieren de los parámetros biológicos que se cuantifican en el control de niño sano, que se registran en las HC de los niños.

Se aprecia cómo en el papel de gestor y médico, no puede posicionarse satisfactoriamente en el proceso de atención integral de la salud del niño de 0 a 4 años, si no da lugar a la presencia de la interdisciplina, como aporte en un mismo plano de paridad en cuanto al desarrollo infantil.

Conclusiones de las entrevistas a gestores:

Luego del análisis de la información recogida por medio de las entrevistas a actores claves en ambos centros y teniendo en cuenta los cuatro ejes, es posible desarrollar las siguientes consideraciones sobre:

Primacía de acciones de promoción y prevención: la prevención a través de las inmunizaciones y control del recién nacido y de los lactantes, son las actividades que logran cobertura importante. Los Jefes de los CS describen la forma de trabajo en atención de niños bajo cobertura, con aspectos de la organización que son específicos de cada CS en cuanto a turnos y profesionales a cargo. Muestran el compromiso de dar respuestas a la demanda espontánea conjuntamente con los controles programados. Se realizan las consultas por control de niño sano que se cuantifican informáticamente con su código de registro, aún cuando la información consolidada no está a disposición de los gestores.

La promoción se realiza en ambos CS a través de talleres de cepillado y en un CS sólo continúa el taller para madres sobre acompañamiento de C y D en niños de 0 a 3 años. Todas son actividades planificadas y sistematizadas a cargo del equipo de salud.

El Director de CS y el Coordinador de distrito amplían la mirada del control de niño sano en relación a actividades conjuntas del equipo de salud y con la participación de otros sectores como Promoción Social.

Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación; si bien en menor medida para los niños de las edades en estudio, se cumplen acciones intersectoriales para la promoción comunitaria en la salita de 2 y 3 años de los CCB N° 17 y 19, cercanos a los CS. Se destaca en forma especial la intervención activa del Jefe del CS Emaús. Junto con el coordinador del distrito se acuerda la resolución de casos terapéuticos problemáticos, la

optimización de las relaciones laborales y la distribución del personal según necesidades de la demanda. El Director de CS municipales actuaría como nexo del sector salud con otros sectores y organizaciones.

Garantía de atención en los tres niveles de complejidad de la atención: se observan diferencias entre los Jefes de CS y los gestores de nivel superior en cuanto al involucramiento. Los primeros hacen referencia a la tardanza en la obtención de turnos para interconsultas, mientras el coordinador de distrito y el Director de CS intervienen desde la gestión técnica para optimizar y coordinar la derivación al 2do nivel, la territorialización de la referencia de las especialidades y la vinculación de los equipos y administrativos de los CS, con los profesionales y los administrativos de los hospitales.

Abordaje particular del niño: teniendo en cuenta las características socio-económicas de la población infantil, se trabaja en forma interdisciplinaria en el seguimiento del C y D de niños de 0 a 4 años. Hay referencias de los Jefes de CS y el coordinador sobre intervenciones para la solución de niños con problemáticas sociales con organismos intersectoriales.

En determinados aspectos no se encontraron respuestas de los gestores acordes a su rol, considerando la perspectiva de que son quienes debieran decidir, planificar, monitorear y evaluar cómo transcurre el proceso de atención infantil en el primer nivel.

3- CARACTERIZACIÓN DEL CONTROL NIÑO SANO REGISTRADO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE 18 NIÑOS

Resultados de la información obtenida de Historias Clínicas Familiares archivadas en los Centros de Salud seleccionados:

En todas las HCF se incluye una página impresa con la información perinatal de cada niño integrante de la familia: datos personales del niño, DNI; lugar de nacimiento; y de la madre (nº de gestas, nº de hijos); datos del padre; datos del parto; datos del Recién Nacido (peso, talla, PC; edad gestacional; Apgar; complicaciones); si requirió internación.

Las HCF revisadas corresponden a los niños de 0 a 4 años cuyas madres accedieron a ser entrevistadas, tres de ellas, eran madres de dos niños de edades comprendidas en este trabajo. Es necesario aclarar que en algunos casos las consultas eran registradas en la HC de los niños, por distintos médicos, algunos de los cuales fueron entrevistados.

Cuadro N ° 1: DISTRIBUCIÓN TOTAL DE NIÑOS SEGÚN GRUPO ETÁREO

Grupo etáreo	Niños	Total
0 a 12 meses	Ñ1- Ñ3- Ñ5- Ñ9- Ñ14- Ñ16- Ñ17	7
13 a 24 meses	Ñ2-Ñ15	2
25 a 36 meses	Ñ4-Ñ7-Ñ10-Ñ11-Ñ12	5
4 años a 4 años 11 meses	Ñ6-Ñ8-Ñ13-Ñ18	4
Total		18

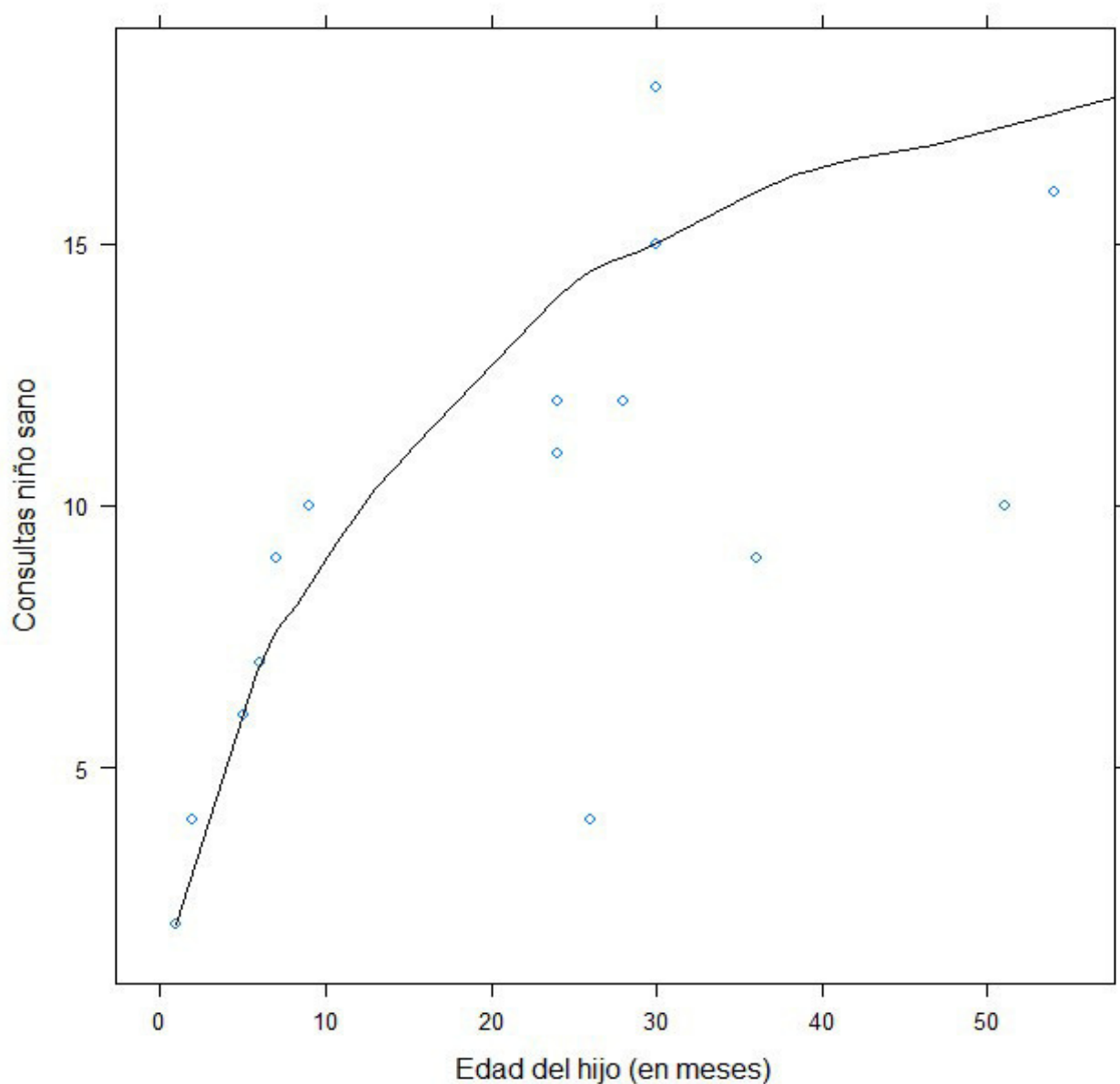
Todos los niños considerados en este estudio realizaron al menos dos controles antes de cumplir el primer mes de vida. La primera consulta entre los 4 y 8 días de vida, tal como es la recomendación que se realice entre los 7 y 10 días desde su nacimiento. Luego en el transcurso del 1er mes de vida, en los bebés nacidos con bajo peso (6/18), se cumplieron los controles semanalmente.

La continuidad de los controles registrados en las HC de los niños observados en este estudio en ambos CS, se cumple de la siguiente forma:

- Durante el 1er año realizaron desde el mínimo de 4 controles y máximo 13 controles (según plan Nacer lo deseable son 10 consultas). En los 11 niños mayores de 1 año, 6/11 cumplieron con los controles deseables para la edad, y el resto 5/11 se comprueba que si bien concurren a menos de 6 consultas de control sano, consultaron periódicamente al CS por enfermedad.

- De los 12 meses a los 24 meses: de los controles recomendados a los 15-18-21 meses, cumplen con los tres controles (4/11 niños); con dos controles (4/11 niños), mientras que los tres restantes: uno realizó un control y dos niños fueron atendidos sólo por enfermedad durante esta etapa.
- De los 2 años a 3 años corresponden dos controles: 4/5 niños tienen un control de niño sano. Después de los 3 años y hasta los 4 años 11 meses: no se consigna control de niño sano, las consultas registradas en las HC son sólo por enfermedad.

Gráfico N° 1: CONSULTAS DE CONTROL SANO POR EDAD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS



En el Gráfico N° 1 se muestra por un lado la línea teórica que relaciona la edad con el número de controles esperados según norma. Los puntos que expresan la relación entre edad y controles realizados denotan un comportamiento diferencial, esto significa que el ajuste hasta los doce meses es casi exacto y en la medida que aumenta la edad, se registra una dispersión importante con relación al cumplimiento de los controles. Aparecen 15 puntos distribuidos en el gráfico sobre un total de 18 niños en estudio, porque hay tres pares de niños con iguales valores, es decir la misma cantidad de controles.⁶⁴

En algunas HC se observó que se aprovecha la consulta por morbilidad para hacer seguimiento de niño sano y se registra peso y talla. En otros niños atendidos por enfermedad se anotó: “*Se cita nuevamente para hacer control sano*”. También los médicos asientan en la HC: “*No concurrió a control citado*” o “*no vino a control*”.

La representación social que la persona tiene del proceso salud-enfermedad está construida socioculturalmente y tiene implicancias no sólo cognitivas o racionales, sino también valorativas y actitudinales (Sacchi, M. y otros, 2007) Así, algunas madres que no concurren a los turnos de atención programada para seguimiento de la salud infantil, ven el crecimiento y desarrollo de sus hijos como un proceso natural que no requiere ningún tipo de intervención. Sólo acuden únicamente en caso de enfermedad.

En las HC de los niños atendidos se comprobó que se registra: fecha y motivo de consulta (MC), edad del niño/a, si se hizo medición de peso (P), talla (T); perímetro cefálico (PC) e incremento masa corporal (IMC) con sus percentiles correspondientes, pero en muy pocas HC se observó el llenado de los gráficos correspondientes a crecimiento de 0 a 6 años.

Los profesionales registran los datos de cada consulta consecutivamente en una misma hoja. Se observó que se consigna: P-T- PC- IMC con sus respectivos desvíos (Ejemplo: $Z-1$; -2 ; 0 y 1 o $P/E +1$; $T/E +1$; $IMC+1$)

No se observaron diferencias destacables en el registro de las HC de los niños observados en cada CS. En el CS Emaús, en el caso de niños con bajo peso al nacer, se llenó la ficha de Crecimiento hasta el primer año (Ñ9 de 7 meses) que fue atendido por médica generalista (G2). En Ñ7 (de 2 años y 2 meses) atendida por generalista (G4) se observó el gráfico de peso /Edad parcialmente lleno y la ficha psicomotriz completada hasta los dos meses.

En el CS Ferrandini, en el caso del niño de 4 años y 3 meses (Ñ13) atendido por la pediatra (P2) también se comprueba la gráfica de crecimiento llena hasta el año.

En cuanto a la valoración del **desarrollo psicomotor**, se comprobó que sólo en 3/18 casos las fichas estaban llenas parcialmente o habían comenzado a completarlas, trabajo que hacen

⁶⁴ Se encontró que Ñ8 y Ñ13 tuvieron 7 controles; Ñ6 y Ñ11 con 10 controles y Ñ12 y Ñ18 con 13 controles sano realizados.

los médicos generalistas. Son los casos de Ñ1 de 2 meses, con la ficha completa del primer mes por médica (G2) y Ñ 7 atendida por G4, ambos casos del CS Emaus y en un niño (Ñ18) de 4 años y 6 meses, cuya ficha está llena hasta los dos meses, atendido por una médica generalista del CS Ferrandini.

En el resto de las HC de los niños seleccionados no se completaron los ítems en las fichas de desarrollo infantil, pero se consigna en la HC los logros alcanzados por los niños atendidos en consulta de control sano. Se encontraron en las HC del CS Emaús los siguientes términos: *“neurológico acorde a su edad”*; *“psicomotricidad acorde”*; *“sonrisa social”*; *“ sigue objetos y sonidos con la mirada”*; *“conectado con su hermana”*; *“se chupa los pies”*; *“comparte mesa familiar”*; *“camina solo”*. Con respecto a la evolución del lenguaje: *“ajó”*; *“palabras”*, *“hace frases”*, *“ lenguaje acorde: papá, mamá, pan”*; *“ dice palabras claras” o “lenguaje acorde a su edad”*; *“habla claro y fluido”*

No difieren la calidad de las anotaciones consignadas en las HC, realizadas tanto por los médicos generalistas como por pediatras de ambos CS que asisten a los niños en estudio, sólo se aprecian registros más minuciosos en algunos médicos generalistas.

En investigaciones recientes de Lejarraga, H. y otros (2016:29), se afirma que en la evaluación de desarrollo en poblaciones infantiles de zonas desfavorables, se comprueba que a partir de los 18 meses aparece un retraso en el cumplimiento de las pruebas y que el mismo progresa ostensiblemente hacia los cuatro años de edad. Por lo que se infiere la importancia de continuar luego de los dos años con la valoración de los ítems de desarrollo en la consulta pediátrica de control sano en niños con necesidades básica insatisfechas.

Los profesionales médicos escriben asimismo las recomendaciones hechas respecto de conductas de responsabilidad materna:

“Pautas para control cólicos” y “Se indica pautas de alarma” (generalista –Ñ16)

“Charlamos cómo estimularla a las 7 meses” (P1-Ñ6)

“Hablamos de accidentes domésticos, buena actitud materna” (G2- Ñ9)

“Charlamos sobre los límites” (G4-Ñ6 a los 15 meses);

“Se sugiere retirar definitivamente el pecho” (generalista- Ñ15)

También apreciaciones sobre la actitud de las madres como las siguientes:

“Ausente al turno pedido” (generalista-Ñ2)

“Pendiente vacunas” (en tres controles del generalista-Ñ18)

“Pierde carnet vacunación, no realizó ecografía, no toma hierro” (G1-Ñ4)

“El niño no se despegas de la madre, muy irritable. No dice muchas palabras pero su mamá dice que es un loro” (G1-Ñ4)

“La madre no le da la medicación porque perdió la orden. Vuelve sin hacer laboratorio pedido” (P1-Ñ6)

“Charlamos sobre el control de salud y su importancia, refieren que no la traen porque no se enferma” (G4- Ñ8)

“Bajó de peso, madre no amamanta por mastitis” (Ñ11 al 1er mes -pediatra)

“Bajo de peso, pido control mensual” A los dos meses la médica escribe: “Mejor actitud alimentaria, muy contenida por su entorno” (generalista-Ñ2)

Estos registros muestran las prácticas de intercambio interpersonal, en primer lugar las diferentes posibilidades de las madres de percibir la importancia del cuidado de la salud de sus hijos y su consecuente responsabilidad de tomar o dejar las prescripciones dadas por el profesional, y en un segundo nivel de análisis, las respuestas difieren de acuerdo a las posibilidades de las responsables de los niños de comprender el lenguaje empleado por los médicos para realizar las recomendaciones, de tal adecuación depende la apropiación de las mismas para cumplir con las pautas de seguimiento.

En las HC además se registran aspectos referidos al seguimiento de niños con problemas particulares detectados, que requieren intervenciones en el segundo nivel de atención:

“Pendiente interconsulta cardiología” (generalista-Ñ15)

“Pendientes interconsultas con dermatología, neurología por fontanela puntiforme y RX cadera” (Ñ17-P2)

“Pendiente ECG de los 2 años” (generalista- Ñ5)

“No pasó OEA, turno al mes” (generalista-Ñ1)

En 15 de los niños se consigna en la HC la realización de las Otoemisiones Acústicas (OEA), y también el nuevo turno si debe repetir la prueba, excepto en tres casos (3/18): dos niños de 4 años nacidos antes del año 2012 y en una niña de 2 años que no hay registro. Se considera que es obligatoria su implementación en la provincia de Santa Fe desde 2012.

Del mismo modo se registra en las HC el resultado de la prueba de screening neonatal de enfermedades congénitas.

Asimismo se encuentran anotaciones en las HC de ambos centros referidos a la situación socio-económica de las familias de los niños bajo adscripción tales como:

“Co-habitación, no co-lecho” (Generalista de CS Ferrandini -Ñ 14 a los 7 meses)

“Tiene problemas con el papá, no vive con ella” (Generalista de CS Emaús, sobre mamá de Ñ6 a los 6 meses) En esta niña se registran tres consultas en un mismo mes por: sarna; catarro y secreción en oído; lesiones en la piel y piojos.

“Se hablará con asistente social para ayuda económica”(a los 9 meses) y “Alerta de bajo peso. Doy nota para Trabajadora Social para gestionar tarjeta de alimento.”(Generalista de CS Ferrandini - Ñ14 a los 10 meses)

En este punto se observa en el proceso de atención en los dos CS, la incorporación de algunas recomendaciones de la estrategia AIEPI (OMS/OPS, 1999), que hacen hincapié en el niño y su contexto; cómo mejorar el trabajo del equipo de salud, propiciando el seguimiento adecuado de los problemas identificados en el niño, con asesoramiento; estableciendo buenos vínculos y utilizando otros recursos de acuerdo a cada situación familiar.

No obstante, en las HC se constata información socio-económica acotada del grupo familiar que debieran recabar los médicos, como sostenimiento económico, material de la vivienda, número de personas que cohabitan, número de habitaciones para dormir, provisión de agua, etc. Sólo en 4/18 niños se registra el trabajo del jefe de familia (en dos HCF en el CS Emaús y en dos HCF en CS Ferrandini) y en seis casos las condiciones de la vivienda (en cuatro HCF del CS Emaús y en dos HCF del CS Ferrandini). En cambio se observó en todas las HCF, datos sobre la familia con quien conviven los niños, pero el familiograma está dibujado en siete HCF en el CS Emaús y en una sola HCF del CS Ferrandini.

Son 13 los niños cuyas madres cobran la AUH, pero de las 18 HC revisadas sólo en un caso el médico consignó que había firmado el carné de la asignación.

A partir de su práctica de atención y del vínculo construido con las madres, los médicos tienen la posibilidad de referenciar a la familia del paciente al trabajador social del CS para el abordaje de los aspectos socio-económicos del entorno del niño.

No obstante, en todas las HC examinadas correspondientes a niños/as cuyas madres fueron entrevistadas, no se encontró registros de los profesionales “matriciales” (psicólogos, trabajador social, fonoaudiólogo, etc), sólo de los pediatras o generalistas.

Al respecto, se sostiene que si hay eventos o prácticas que no se registraran en el seguimiento de los pacientes, se infiere que se podría dificultar el análisis de los procesos de trabajo del equipo, cuando a partir de situaciones problemáticas se buscara analizar información indispensable en instancias colectivas. (Aronna, A. y otros, 2011:43).

En relación a esto, un profesional del CS Emaús explicó que no en todos los casos llena los datos de la situación socioeconómica de la familia del infante, sólo si aparece alguna situación especial hace preguntas puntuales para obtener información. (Ver en Ítem 4: Abordaje particular del niño- *Valoración del contexto familiar y social del niño en el proceso de atención de la salud infantil*).

En el CS Emaús, en las HCF revisadas se hallaron el registro de varios médicos que atendieron a un mismo niño/a en distintas consultas realizadas, cuando la consulta fue espontánea por enfermedad. Aparecen anotaciones del médico a cargo de la familia adscripta del niño y de otros médicos en Ñ3-Ñ4 -Ñ 8- Ñ10. Tal como se observó en las entrevistas dentro del Ítem citado, una médica generalista del CS Emaús explicó la responsabilidad del equipo para resolver la atención ante la ausencia del profesional encargado.

En el CS Ferrandini las HCF revisadas muestran registros de dos médicos pediatras, pero uno de ellos con licencia al momento de la observación, cuyos pacientes asignados los tomó hacía 5 meses, un médico generalista incorporado para cubrir la atención infantil, como se mencionó en las entrevistas a los gestores (ítem 1-Primacía de acciones de promoción y prevención: *Sobre la organización de la atención de niño sano.*)

Cabe preguntarse si estos registros de las prácticas en las HCF son definidos y consensuados dentro del equipo de salud para poder aspirar a la continuidad de la atención integral del niño en cada CS.

En ambos CS, ante situaciones complejas, se busca la forma de abordarlas contando con algún miembro del equipo. Como se mencionó en una entrevista a pediatra del CS Ferrandini, se puede utilizar la reunión de equipo de los jueves para hablar de una mamá y el vínculo con su bebé, junto con la médica y la psicóloga que la atiende (Ítem 4: Abordaje particular del niño: *Comunicación entre los miembros del equipo de salud. Forma de accionar frente a situaciones particulares*).

Es de destacar otra vía de acercamiento y de información sobre familias problemáticas a través de los enfermeros, quienes conocen a sus integrantes ante las variadas prácticas que realizan (curaciones, vacunación, inyectables, etc.).

Según se postula desde la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Rosario (2013), en los CAPS se desarrolla un vínculo particular entre el equipo terapéutico y la comunidad, cuyo resultado es poder sostener un trabajo clínico e interdisciplinario que trate los problemas de salud desde un punto de vida holístico. Pero no hay registros de intervenciones intersectoriales en las HCF revisadas, sólo el caso mencionado de búsqueda de tarjeta de alimentos a través de trabajo social. En acuerdo a lo mencionado por Aronna, A. y otros, (2011:35) quienes expresaron que por lo general no quedan sistemáticamente registradas las intervenciones interinstitucionales o intersectoriales a la que pudieron acceder los grupos con mayor vulnerabilidad.

Pero a pesar del trabajo interdisciplinario y de los esfuerzos que mencionan algunos entrevistados, en algunas oportunidades se termina naturalizando el contexto socioeconómico

de vulnerabilidad de algunas historias familiares. Por ejemplo ¿habría intervenciones posibles desde el sector salud para un abordaje integral de madres adolescentes solas que viven con familias de origen, cuyos hijos son atendidos en estos CS?

4- LA ACEPTABILIDAD DEL PROCESO DE ATENCION DE LA SALUD INFANTIL DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS

Respondiendo al segundo objetivo planteado, se indagó la aceptabilidad del proceso de atención de control de niño sano. A través de las entrevistas, las madres de niños/as de 0 a 4 años expresaron sus necesidades y percepciones, en relación al seguimiento del crecimiento y desarrollo de sus hijos, que reciben atención en los Centros de salud seleccionados.⁶⁵

Cuadro N° 2: Niños según edad atendidos en el Centro de Salud Emaús

Madre	NIÑO/A	EDAD
M1	Ñ1	2 meses
M1	Ñ2	2 años
M2	Ñ3	6 días
M3	Ñ4	3 años
M3	Ñ5	12 días
M4	Ñ6	4 años
M5	Ñ7	2 años 2 meses
M5	Ñ8	4 años 7 meses
M6	Ñ9	7 meses
M7	Ñ10	2 años 6 meses

⁶⁵ Fueron entrevistadas 15 madres de 18 niños comprendidos entre las edades en estudio:

CS Emaús: siete madres de 10 niños: M1 a M7 (tres madres de dos niños cada una: M1; M3 y M5)

CS Ferrandini: ocho madres de ocho niños: M8 a M15

En principio se realizaron 18 entrevistas, de ellas fueron excluidas tres madres entrevistadas, dos de ellas por comprobarse que en las HCF no había datos de la atención de sus hijos, ya que eran atendidos en el Hospital Zona Norte; y en la restante, se constata en

la HC del niño que la madre concurrió a otro CS para el seguimiento de su hijo durante el año anterior.

Cuadro N°3: Niños según edad atendidos en el Centro de Salud Dra Ferrandini

Madre	NIÑO/A	EDAD
M8	Ñ11	2 años y 4 m
M9	Ñ12	2 años y 6 m
M10	Ñ13	4 años 3 meses
M11	Ñ14	9 meses
M12	Ñ15	2 años
M13	Ñ16	2 meses
M14	Ñ17	5 meses y 10 días
M15	Ñ18	4 años 6 m

Cuadro N°4: Caracterización de las madres entrevistadas según algunas variables socio-económicas

MADRE	EDAD	HIJOS	Escolaridad	Grupo conviviente	Sustento económico
M1	23	2	2do Secun.	Con pareja; madre y hnos (flia origen)	Pareja con empleo formal- AUH
M2	31	2	3er secun.	Con marido, hijos y cuñada	AUH- s/d trabajo
M3	25	2	1er año secun	Con pareja, hijos y familia de origen	AUH- pareja chofer transporte
M4	23	2	2do año secun	Con pareja e hijos	Pareja con trabajo formal
M5	23	3 - embarazada	2do año secun	Con pareja e hijos	AUH- s/d trabajo
M6	20	1	3er año secun	Con pareja y familia de origen	AUH-Abuelo trabajo formal
M7	29	2	2do año secun	Con pareja y familia de origen	AUH- S/d trabajo
M8	18	1	2do año secun	Con padres y hnos (flia origen)	AUH- s/d trabajo
M9	24	1	Secundario completo	Con pareja e hija	Pareja con trabajo formal
M10	22	1	2do año secun	Con pareja, hijo y suegra	s/d trabajo
M11	18	1	Secundario completo	Con padres (flia origen)	Abuelo con trabajo formal
M12	33	3	2do año secun	Con marido e hijos	s/d- AUH
M13	21	3	Primario completo	Con pareja e hijos	Pareja con trabajo formal
M14	23	3	5to grado	Con pareja e hijos	Pareja con trabajo- AUH
M15	31	6	4to grado	Con pareja e hijos	AUH- s/d trabajo

La edad de las 15 mujeres entrevistadas varía entre los 18 y los 33 años, con un promedio de 24 años (S: 4,6 años). Tienen entre 2 y 3 hijos. La mayoría no trabaja fuera su hogar, sólo dos dijeron trabajar en limpieza por horas.

El nivel de escolaridad alcanzado comprende entre 4to grado del nivel primario hasta secundario completo, comprobándose que la mayoría (10/15) cursó hasta 2do año del nivel secundario.

Los datos de la situación socio-económica de las 15 familias de los 18 niños/as, extraídos de la revisión de las HCF, muestran que hay escasos datos de los padres de los niños/as. En algunas HCF figura el nombre, nivel de instrucción y la edad, encontrándose pocos datos de trabajo o convivencia actual de las madres. Siete madres comparten la vivienda con sus familias de origen, junto con sus parejas e hijos.

4.1. Resultados de las entrevistas a las madres de los niños atendidos en los centros de salud

Si desde el concepto de integralidad de la atención, se analizan las acciones posibles de ser realizadas por el equipo de salud a partir de los servicios disponibles, en cambio la aceptabilidad de los mismos por parte de los usuarios que recurren al CS, es valorada a través de la satisfacción o conformidad con las prestaciones o servicios recibidos. Esta aceptación presenta diferencias socio-culturales en la forma de definir sus necesidades.

En primera instancia es necesario aclarar que resulta complejo valorar las expectativas, necesidades particulares y valores de estas madres con respecto a la atención, al momento de acceder a una situación de entrevista con una persona desconocida, en la instancia en la que acuden al CS. (Guía de entrevista en Anexo III)

1- Necesidades manifestadas por las madres de niños de 0 a 4 años:

En relación a la aceptabilidad por parte de las madres del proceso de atención de sus hijos de 0 a 4 años atendidos en los CS seleccionadas, los resultados muestran que las **necesidades** que las madres expresan o los problemas que perciben, se manifiestan en forma de demanda concurriendo al centro de salud. Se tomó en cuenta el motivo de su presencia en el CS; forma de obtención de turnos, la conformidad en la atención que recibe y la derivación a especialistas del 2do nivel.

Así se indagó el motivo de consulta que explicaba su presencia en el mismo, al momento de acceder a la entrevista: de las 15 mujeres, dos madres esperaban para consulta ginecológica, una para el retiro en Farmacia de anticonceptivos y sólo seis asistían con turno para control de salud de sus hijos. De las restantes, seis se encontraban sin turno en espera de la atención por enfermedad de sus hijos. Todas las entrevistadas saben que en caso de enfermedad pueden concurrir sin turno.

La posibilidad de ser atendido sin turno agendado, puede apuntar a la satisfacción de una necesidad del usuario, dentro del sistema de salud. (Braz, JC y otros, 2013). Es eje de la política de salud municipal, cuando se especifica que cada CS constituye un sistema que tiene un perfil único, de acuerdo a las relaciones que se establecen entre la demanda y la oferta propias de esa comunidad. (Secretaría de Salud, Municipalidad de Rosario, 2013)

Esta modalidad de la atención les da seguridad y confianza en los profesionales. Todas las madres conocen su número de HCF de memoria, evidenciando la antigüedad de la relación de la familia con el CS. Todas dieron el nombre del médico que atendía a sus hijos, reconociendo a un mismo profesional como responsable del seguimiento de su hijo en el CS. Los médicos generalistas del CS Emaús han seguido también a las madres durante el embarazo.

En el CS Ferrandini, por la conformación diferente del equipo, la mayoría de los niños son atendidos por la pediatra. En algunos casos las madres pudieron expresar hasta qué mes fue atendido por un profesional, el que luego entró en licencia prolongada, y dan el nombre del médico reemplazante.

En ambos centros las madres manifestaron su conformidad, indicando:

Madre de Ñ18: *“Yo vengo y me lo atiende. El turno es para controles de peso y eso...”* (CS Ferrandini)

Madre de Ñ16: *“Siempre los hice atender acá a mis hijos... y acá siempre hay buena atención”* (CS Ferrandini)

Madre de Ñ4: *“Si... hay que tener paciencia para esperar., yo vivo en Nuevo Alberdi, me acostumbré a venir porque acá hay buena atención.”*(CS Emaús)

Madre de Ñ14: *“El nene no tiene obra social, por eso lo atiendo acá”* (CS Ferrandini)

Madre de Ñ5 y Ñ6: *“Tengo obra social pero no la uso, me conviene mejor venir acá, ya que estoy acá al lado. No la uso”* (CS Emaús)

En las dos últimas respuestas de estas madres aparece la referencia a la accesibilidad geográfica y económica, en consonancia con el sentido de la universalidad de la atención del sistema de salud pública de Rosario, manifestado por el Coordinador de CS en su entrevista.

Todas las entrevistadas responden que asisten para vacunación de los niños a estos CS.

Madre de Ñ15: *” Una vez me olvidé de vacunarla, me llamaron por teléfono urgente y me pusieron en el cartel. ”*

El dispositivo descripto se pone en marcha para captar a los niños a los que les falta alguna dosis, según mencionara la enfermera del CS Ferrandini. Se llama a las madres si se comprueba que el niño está atrasado, a partir de un registro sistematizado. Además se exhibe el listado de niños en un cartel visible en sala de espera.

Con respecto al retiro de leche, las madres de cuatro niños contestan que asistieron para el retiro de leche hasta los dos años (N6; Ñ11; Ñ12 y Ñ18). Actualmente lo hacen las madres de cinco bebés (Ñ3; Ñ 5; Ñ9; Ñ14 y Ñ17) todos menores de un año. En el CS Emaús se extiende la edad del retiro de leche hasta los 3 años, así es que dos madres de niñas de más de dos años (Ñ7 y Ñ10) todavía la reciben.

En relación a la forma de acceder a los turnos para control de niño sano expresaron que se los daba el mismo profesional durante el 1er mes de vida o que piden el turno en la admisión del CS con anticipación, cuando el médico les dice que tiene que volver a controlar a su hijo (lo cual coincide con la organización de turnos descripta por los profesionales)

En general las madres mostraron aprobación al respecto, sin manifestar problemas y comentan sobre la modalidad de dar turnos:

Madre de Ñ9: *“Lo tenés que sacar con anticipación; muchas veces dá la doctora o me lo manda a sacar ella”* (CS Emaús)

Mamá de Ñ13: *“Te ponen el cartelito una semana antes... y te dejan elegir el turno a la mañana o a la tarde”* (CS Ferrandini)

También reconocen cambios de procedimientos:

Madre de Ñ14: *“Antes cuando estaba la otra doctora, la titular, eran dos meses para pedir un turno, ahora cada mes, vengo y lo tengo”*. (CS Ferrandini)

Esta última madre hace referencia a las dificultades en este CS, también expresadas por el Jefe y Coordinador del Distrito N.O. por licencia de un pediatra y falta de organización en los turnos asignados.

Con respecto a la necesidad de derivación al 2do nivel para un especialista y su demora reconocen que:

Madre de Ñ7: *“Para un estudio de corazón al turno me lo dieron desde acá. Fui al Vilela pero no me lo hicieron, lo perdí al turno Ahora tienen que pedir otro turno.... Después vine varias veces a quejarme por el turno. Me decían que pase en la semana. Va a tardar algunos meses”*

Madre de Ñ15: *“Me consiguió turno la doctora con la cardióloga del Vilela. La tengo que llevar para controlar de vuelta por los soplos, tiene que ver si le dan la medicación o no. Le tengo que llevar el informe médico”*

La percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. (Sacchi, M. y otros, 2007) Así es que, se reconocen las limitaciones respecto del nivel de prioridades que manifiestan las madres en medio de la resolución de sus problemas cotidianos. Por un lado está la preocupación de los profesionales del primer nivel para efectuar las derivaciones para interconsulta o estudios, que en los casos de niños con patologías específicas, concentran una atención especial por parte del profesional, que es reconocida por las madres.

Pero también en el transcurso de las demoras existentes para ser concretada la atención en el 2do nivel con esperas de hasta 3 meses, hace que algunas madres pierdan el turno adjudicado y/o aparezcan dificultades organizativas en el hospital a que fue referenciado el paciente:

Madre de Ñ16: *“Tengo turno para que le vean las manos, una dermatóloga en el Zona Norte. Me habían dicho que estaba de vacaciones, y se me pasó, así que lo tengo que pedir otra vez”*

Evidentemente si el horizonte es muy largo en distancia temporal atenta contra el cumplimiento de la derivación, no facilitando la continuidad en el proceso de atención que se inició en el primer nivel. De igual forma los profesionales entrevistados enunciaron similares preocupaciones y juicios valorativos en torno a las derivaciones. (Ver Item 3-Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica: *Derivación a especialistas*).

2- Percepciones de las madres respecto de la atención de la salud infantil

La cantidad y calidad de la atención que recibe el niño nacido biológicamente sano, para sus necesidades de afecto, seguridad, alimentación y conocimiento definirán la cualidad de su desarrollo y sus posibilidades futuras de aprendizaje. Los cinco primeros años de vida constituyen un periodo fundamental en la construcción de subjetividad de los pequeños (UNICEF, 2005:64).

En este punto se indagó en las madres entrevistadas sobre la importancia del control de niño sano y sobre su continuidad; la conformidad en la comunicación interpersonal con los

profesionales que atienden a sus hijos y sobre su conocimiento y participación de otras actividades de promoción o prevención propuestas por el CS.

En referencia a las apreciaciones personales o valoración de las madres respecto de la importancia del seguimiento del crecimiento y desarrollo de sus hijos, como parte de atención de la salud infantil, responden con expresiones como:

"Es un control que tengo que hacerle. Para ver el peso, todo eso. Cómo está mi bebe, todos los meses" (Madre de Ñ1, de 2 meses)

"Por la salud de ella" (Madre de Ñ9, de 7 meses)

"Por las enfermedades, por el crecimiento" (Madre de Ñ10, de 2 años)

"Antes lo traía seguido, ahora cuando la doctora ya lo vio grande, me dijo que le haga un control cada año" (Madre de Ñ18, 4 años 6 meses)

"Por la vida de él... que tenga las vacunas" (Madre de Ñ4, de 3 años)

Las respuestas obtenidas sobre el por qué es importante la cita para el control del niño sano, en su mayoría se asocian con el crecimiento físico, la vacunación y las enfermedades infantiles. Las madres centran su concurrencia en especial en los primeros años de vida cumpliendo en la medida de lo posible las consultas de control sano, pero luego las mismas son reemplazadas sólo por la consulta por morbilidad.

Al repreguntar a una mamá qué pasaba cuando se olvidaba de ir, responde: *"Me retan mucho..."* (Madre de Ñ4, de 3 años) En este niño se observó registros de controles escasos y numerosas consultas por enfermedad.

También aparecen respuestas contradictorias:

"Para ver cómo se va desarrollando" (Madre de Ñ13, de 4 años y 3 meses) ¿Cada cuánto lo traes? *"Y lo traigo cuando está enfermo"*

Como se comprobó en las HC de los cuatro niños de más de 4 años de edad, sólo en uno de ellos consta la consulta de control sano a los 3 años, siendo luego las atenciones registradas únicamente por enfermedad.

De las madres que concurren a los controles, 13/18 de los niños reciben la Asignación Universal por Hijo. Ninguna manifestó en las entrevistas que la asistencia a la consulta estaba condicionada por la certificación del control de salud para el cobro de la AUH.

La indagación a las madres sobre la continuidad de los controles, se expresa en respuestas que dan cuenta del conocimiento de la secuencia a seguir, otras recuerdan la fecha aproximada de la última consulta de control sano, dato que fue corroborado en la revisión de las HC:

“Cada mes” (Madre de Ñ14 de 9 meses; Madre de Ñ17 de 5 meses; Madre de Ñ1, de 2 meses, todos con seguimiento correcto registrado en las HC)

“El año pasado, ahora le toca mañana” (Madre de Ñ15, tenía ya turno otorgado para control de los 2 años)

“A él se le hace una vez al año” (Madre de Ñ18 de 4 años; tiene último registro de control sano a los 2 años, luego consultas por morbilidad)

Con respecto a la conformidad en la comunicación interpersonal que se establece con los profesionales y en la forma en que dan sus explicaciones en la consulta, las madres muestran que les inspiran confianza, con espacio para la escucha, donde pueden volver a preguntar ante dudas puntuales:

“No me lo da escrito, ella me explica muy bien” (Madre de Ñ1 y Ñ2 y Madre de Ñ6 atendidas por médica generalista)

“Me lo explica primero y después me da un papelito” (Madre de Ñ9- médica generalista)

“La doctora me preguntaba si entendía” (madre de Ñ13- médica pediatra)

“Yo le pregunto y ella me explica todo lo que tengo duda” (madre de Ñ12- médica generalista)

Se aprecia que en este aspecto, la adaptación de recomendaciones de rutina que debe hacer el profesional a la particularidad de cada madre. Esto refiere a la accesibilidad o competencia cultural del sistema de salud, ya que al estar centrado en las características de la población infantil y sus familias, se otorgan respuestas efectivas a las necesidades, valores y preferencias de los pacientes. (Betancourt, J., 2004, citado por Alarcón Muñoz, A. y otro, 2005:444). Es la capacidad del sector salud de dar respuestas también heterogéneas a las expectativas de lo que demanda y reclama la población, que además requiere de una enorme flexibilidad en el primer nivel de atención. (Rovere, M., 2006)

Se preguntó a las madres si conocían otras actividades de promoción o prevención propuestas por los CS, como por ejemplo, talleres respecto al cuidado de la salud del niño/niña. Sólo dos madres de ocho entrevistadas en el CS Ferrandini conocían el Taller de acompañamiento del desarrollo de niños de 0 a 3 años, y recuerdan que concurrían todos los meses (el resto de las entrevistadas no sabían de su existencia).

“Sí, yo venía cuando ella era bebé. Aprendí muchas cosas...como cuando tiene realmente fiebre...Cada mes hacían los talleres” (Madre de Ñ12 de 30 meses)

“Venía una vez por mes, por más de un año. Nos enseñaban todo, cuando tiene fiebre, las primeras palabras de ellos, si le entendíamos lo que nos decía y si veíamos algún problema en los chicos. También mis hijos vinieron al taller de cepillado y al tratamiento con flúor”. (Madre de Ñ15 de 2 años)

En cuanto a salud bucal, funcionan los Talleres de Cepillado en ambos CS. Cuatro madres sobre cinco entrevistadas del CS Emaús conocen la actividad y expresaron:

“Si, son los martes y jueves. Al cepillado, venís sin turno. Vengo con el nene, más o menos una vez al mes. Aprendí que no coma caramelos... y, tengo que sacarle turno para un arreglo” (Madre de Ñ13 de 3 años)

“Si, vengo al taller de cepillado para mí” (Madre Ñ9 de 7 meses)

“Yo la iba a traer pero justo empezó el Jardín” (Madre de Ñ6 de 4 años) Esta mamá contestó también sobre los Talleres de acompañamiento de niños de 0 a 3 años en el CS Emaús que: *“Si, sé que hubo pero yo nunca vine”*

En este punto aparece la distancia entre servicios o acciones preventivas disponibles, puestas al alcance de la población y el conocimiento y la apropiación por parte de la misma para que dicho ofrecimiento pueda ser valorado como servicios realmente prestados (Braz, JC y otros, 2013). Es posible preguntarse si es por falta de divulgación por parte de los profesionales actuantes, que las madres no conocen su existencia ni alcanzan a comprender su importancia. O bien, si puede ser compatible la idea de prevención enunciada desde el sector salud, con la necesidad de *“vivir el día a día”* de algunos de los sectores más vulnerables de la población. (Díaz, A; Huerta, A. y otros, 2000)

Desde la mirada de las madres de ambos CS se presentan inconvenientes por la demora en el acceso a turnos, en los casos de derivaciones para interconsultas con especialistas en el hospital a los que se los referencia. Los estudios de rutina para los cuales son derivados sus niños, como ecografía o radiografía de cadera, OEA o análisis de laboratorio no son vistos como una complicación para su cumplimiento en general por las madres, aunque tengan que concurrir al segundo nivel de atención.

Como síntesis puede expresarse que la aceptabilidad respecto de la atención infantil está presente. Esto se aprecia en las entrevistas realizadas, en las respuestas expresadas por las madres con igual énfasis, que dan cuenta de la conformidad manifestada en la accesibilidad a los turnos de control; la satisfacción de la demanda por morbilidad percibida y por la comunicación con los profesionales ante aspectos del seguimiento del crecimiento, desarrollo y cuidado de sus hijos. No aparecen diferencias destacables entre las madres que atienden sus hijos en los dos CS.

No obstante, hay estudios (Lambrechts T. y otros, 2000) que demuestran que las declaraciones de satisfacción global con los servicios recibidos por parte de las madres, no van asociadas a tasas de comportamiento positivo ni a la calidad objetiva de esos servicios.

Por otra parte, es buena en general la respuesta de las madres en el cuidado y seguimiento médico de sus hijos, en especial en el primer año de vida asistiendo a la consulta pediátrica de control sano en los CS seleccionados. Esto implica responder al cumplimiento del calendario de vacunación recomendado por médicos y enfermeros, junto con los estudios correspondientes a los que son derivados en cada etapa del crecimiento. Estas acciones se inscriben en las normativas implementadas en el primer nivel de atención del municipio dentro del programa de atención al niño en los efectores de APS, que además implica adaptar el proceso de atención a las necesidades y características de las familias de los niñas y niños de contextos socioculturales vulnerables.

Además, a partir de las observaciones realizadas especialmente en la sala de espera de los CS y de presenciar el trato cercano y los diálogos informales entre los usuarios y el equipo de salud, es de destacar el sentido de apropiación que tiene la población que accede y es atendida en los efectores seleccionados.

5.-DIFERENCIAS EN LA APRECIACIÓN DE INTEGRALIDAD, EXPRESADAS POR LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD Y LOS GESTORES, RESPECTO DEL PROCESO DE ATENCION DE CONTROL DEL NIÑO SANO

En referencia al 3er objetivo, se recuperan las diferencias presentadas en lo concerniente a la **integralidad de la atención**, teniendo en cuenta los aspectos más significativos relevados a través de las entrevistas a los actores involucrados. Según las valoraciones de los miembros del equipo de salud y los gestores se intentó la comprensión de las relaciones implicadas en la implementación de las acciones y la visión que los actores diferenciados construyen (Minayo, M.C. S., 2005:28), habida cuenta de los distintos roles que desempeñan.

Se vuelven a recuperar en este punto los aspectos considerados que definen el concepto de integralidad, según los cuatro campos de intervención (Conill, E. ,2004):

1- En cuanto a la primacía de acciones de promoción y prevención:

En el proceso de atención se consideran la totalidad de actividades y procedimientos realizados por los profesionales involucrados en la atención de la salud de niños y niñas de 0 a 4 años en los CS seleccionados. En dichos profesionales, con responsabilidad activa en relación a la población infantil del área de influencia del CS, aparece la preocupación de cómo satisfacer y manejar dentro de la integralidad del cuidado, el exceso de demanda espontánea que desborda y que en algunos períodos (enfermedades recurrentes en época invernal, emergencias, etc.) dificulta atender los turnos programados para el seguimiento del control de niño sano en niños de 0 a 4 años en los CS.

El control de recién nacido es una prioridad que está acordada y consensuada entre la gestión y los profesionales, por ser el primer mes de vida el más crítico. Las madres de estos niños no sacan turno, los cita semanalmente el médico a cargo, tienen una modalidad de atención que se organiza de una manera distinta. Con el recién nacido, los profesionales expresan que la forma de trabajo es “casi artesanal” durante los primeros tres meses, es decir hay un cuidado personalizado y particular con cada mamá para lograr la continuidad de la concurrencia. Manifestaron la importancia del vínculo que establecen con las madres como partícipes fundamentales en el seguimiento de la salud de sus hijos. La jerarquía del vínculo es reafirmada por Cecilio, LC (2002), en tanto necesidad primordial de la integralidad en el proceso de atención de la salud en el primer nivel.

Del mismo modo lo es, el registro escrito de la continuidad del seguimiento de los niños de familias adscriptas, que sólo se encuentra en las consultas asentadas en las HCF. Si bien el Director de Centros de Salud del municipio, caracteriza a la atención de salud infantil, en

especial el control del niño sano, como fundante en la Atención Primaria explicando que es una de las propuestas que inicialmente organizaron la historia de los CS de Rosario, actualmente no hay posibilidad de conocer el número de consultas por este motivo. Si bien existe un código que lo registre, para los gestores sólo la cantidad de niños vacunados de 0 a 4 años, o que retiran leche hasta los 2 años en ambos CS se constituye en indicador proxy.

En cuanto a las actividades de promoción y prevención y de la coordinación con el proceso de atención integral, que son acciones que son ejecutadas en el territorio del CS por los miembros del equipo de salud y supervisadas por el Jefe del CS, no existe registro de las mismas, aparecen sólo través de lo expresado oralmente por los jefes de los CS. En particular, el Jefe del CS Emaús ejerce la doble función de gestor y médico generalista con población a cargo que concurre periódicamente al CCB de la zona.

Se comprobó a través de las entrevistas a los gestores de mayor jerarquía, que la preocupación se orienta a alcanzar la utilización de la propuesta de la vigilancia del C y D de la población infantil atendida en los distintos CS de Rosario. Lo demuestran en el conocimiento sobre la relación numérica entre niños adscriptos junto a sus familias y personal médico de cada CS, y la organización para el otorgamiento de turnos programados.

Por otro lado, en cuanto a la estructura para el funcionamiento, los jefes de ambos CS manifestaron que actualmente se cuenta con los recursos físicos, materiales y profesionales suficientes para llevar adelante dichas acciones. Sólo una médica del CS Emaús se refiere a la necesidad de aumentar el espacio físico sumando un consultorio médico.

Ante el planteo de los profesionales del CS Ferrandini, de la necesidad de incorporar más personal, el gestor hizo el análisis de la demanda con fundamentación técnica y se decidió finalmente reconvertir el perfil del recurso humano, incorporando un médico generalista para la atención infantil.

2- Desde la articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación:

El modo en que se gestionan y coordinan las actividades entre gestores y equipo de salud, es consensuado respetando de parte de los gestores, la autonomía y el conocimiento directo que posee este último de la población y su contexto.

Los gestores dan cuenta de la articulación de actividades de promoción y prevención con instituciones barriales, como los Centros de Convivencia Barrial, para niños de 2 a 4 años. Mientras que son los profesionales del equipo de salud (médicos generalistas, pediatras, fonoaudióloga, odontólogos, enfermeros) de ambos CS, quiénes se involucran directamente

en la programación y ejecución de las acciones preventivas en el CS y en los CCB, a través de talleres y reuniones periódicas.

En las actividades comunitarias preventivas se valoriza la capacidad del vínculo, dado que comprometen intercambios interpersonales y prácticas más horizontales, de transmisión de conocimientos y distribución del poder. Hay intercambio, donde el profesional participa de una relación diferente con el beneficiario, habilitando la escucha y el intercambio con el Otro, según Fränkel, D. (2002:71).

Es sabido que los resultados de las intervenciones preventivas se ven a largo plazo y no son dimensionadas en su justa medida por los beneficiarios, pero es valorable que los trabajadores de la salud acepten dicha responsabilidad, junto con su trabajo asistencial, y las autoridades sanitarias se comprometan gestionando su sostenimiento en el tiempo.

Asimismo habría una diferencia de perspectivas entre la decisión política del gestor y la aplicación técnica posible en cada contexto de trabajo, como lo es el caso del sostenimiento del Taller de acompañamiento del desarrollo de niños de 0 a 3 años en el CS Ferrandini.

Ocasionalmente, los gestores se involucran en la trayectoria del proceso de atención de patologías infantiles complejas, dentro de la red municipal, a petición de los Jefes de CS, en reuniones conjuntas. Al respecto, un gestor considera que el control del Niño Sano es una de las prácticas que más los hace entrar en contradicciones y que más los interpela, ya que se invierte tiempo en citar a los niños todos los meses no logrando el impacto esperado.⁶⁶ Al respecto explica que surgen situaciones muy complejas de niños, que han pasado durante años controles de salud correctos registrados en la HC, en cuanto a crecimiento y alimentación adecuada, pero no se alcanzaron a detectar que eran niños hipoacúsicos, con problemas en el habla, con retraso de maduración y carencias de estimulación.

Aquí aparece probablemente la dificultad de la limitada visibilidad dentro del control de niño sano, de la problemática del desarrollo infantil, que postula Díaz, A. (2007), en cuanto a la forma de aplicación de su seguimiento periódico en los servicios de salud, a fin de contrarrestar los efectos negativos de la pobreza. El desarrollo infantil debería recibir la atención prioritaria de los gobiernos, plasmada en leyes, políticas, programas y recursos (Bastidas-Acevedo, M., 2009; Lejarraaga, H. y otros, 2016).

⁶⁶ Concepto expresado en la entrevista por el Director de CS, en tal como fue mencionado en el Ítem **4-Abordaje particular del niño: Sobre la satisfacción de las demandas de los diferentes actores del proceso de atención de la salud infantil.**

Si bien los gestores buscan optimizar las relaciones laborales y la distribución de personal en cada CS para la ejecución de acciones preventivas y curativas, se observó que en determinados aspectos no se encontraron respuestas de algunos de ellos acordes a su rol.

Se recuerda que es tarea de los gestores en APS, planificar mejoras en el sistema de atención en todo su proceso, en la organización de los servicios, junto con la medición de su calidad y productividad, y en relación con los otros niveles de la red. (OMS/OPS, 2003:13)

3-Desde la garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la atención:

Los profesionales manifiestan disconformidad con los tiempos de espera para concretar las derivaciones especializadas en los hospitales. Realizan gestiones personales utilizando canales directos con algunos servicios hospitalarios ante casos de niños con pronósticos graves.

Los gestores en tanto se involucran directamente en lograr mejoras al respecto y expusieron los mecanismos trabajados en este particular: reuniones de coordinación entre administrativos y médicos del 1er nivel y 2do nivel de atención para saber cuál era la demora según las especialidades y a partir de esto, trabajar encuentros con los especialistas sobre las derivaciones, por ejemplo a cardiología, oftalmología y a otorrinolaringología. También para lograr despejar un poco la lista de espera, se asigna a neuropediatría una responsabilidad territorial sobre varios CS.

Se vislumbra que no resultan suficientes las acciones preventivas para la detección temprana de alteraciones en C y D, cuando hay demoras para concretar la derivación a especialistas para confirmar un diagnóstico.

Al respecto, se considera, que para el cuidado infantil desde un abordaje de integralidad, es esencial la interacción entre los servicios de salud de atención básica y especializada, con apoyo diagnóstico y terapéutico, como también en los niveles de mayor complejidad, el acompañamiento ampliado y diferenciado de la trayectoria del niño. Este último aspecto es destacado por un gestor respecto del trabajo del equipo de un CS.

4-Desde el abordaje particular del niño:

Siendo que más del 95% de la atención pediátrica se realiza y soluciona en el nivel primario, en el contacto directo con el niño y su familia (2da Cátedra de Pediatría, UNR, 2005: 279), se comprueba que los profesionales de estos CS, conocen el contexto de los niños de las familias adscriptas y ponen en práctica variados recursos comunicativos, a fin de captar a las madres, para lograr la continuidad en el seguimiento del niño. También se evidencia la

existencia de vínculos de confianza, afianzados a partir de la atención de los médicos generalistas de las madres durante el embarazo.

En las HCF registran la información socio-económica del grupo familiar conviviente y los antecedentes perinatales del niño, aunque seguramente hay datos no consignados que comparte el equipo interdisciplinario de cada CS, sobre el grupo familiar de los niños atendidos. Sólo en casos problemáticos se da intervención a psicología y trabajo social.

En acuerdo a lo que propone, Startfield, B. (2002), quien resalta en el abordaje de los niños, la promoción de acciones volcadas a la prevención de factores y la asistencia en eventos, para mejorar la calidad de vida de la infancia, contribuyendo a que tenga las condiciones para desenvolver toda su potencialidad.

Desde la gestión, el trabajo en este abordaje particular, implica involucrarse considerando factores socio-políticos y de gestión económica de recursos, de orden institucional e intersectorial tanto a nivel municipal, como también provincial y nacional. En ocasiones está limitada la atención integral del cuidado infantil en APS, en los casos de inconvenientes en el suministro a tiempo desde el Ministerio de Salud nacional de determinados insumos, como lo son vacunas, medicamentos y leche.

Asimismo es función del gestor transformar el modelo de atención sobre la base de la mejora en la organización y calidad de los servicios pediátricos, de acuerdo con las necesidades de los niños y niñas, con acciones centradas en el apoyo y sostén de las familias. Pero también es necesario considerar que los determinantes de los problemas de la salud infantil, están muchas veces fuera del alcance estricto del sector salud, por ello es importante el abordaje con otros sectores. Ante situaciones problemáticas difíciles también el intento de abordarles es en igual medida complejo y dificultoso. Rovere, M. (2006) destaca que la acción intersectorial, planteada con mirada estratégica, supone establecer alianzas y coaliciones de beneficio recíproco entre los sectores involucrados.

Obstáculos y desafíos en el logro de la integralidad en el proceso de atención

Se destacan fragilidades detectadas en el proceso de atención:

La consulta control niño sano en niños de 0 a 4 años en los CS seleccionados, es anotada en la HCF, pero su carga en el registro informático no se traduce en una verdadera producción de información. Si bien existe un código de la prestación realizada, solamente se infiere el total de población infantil bajo cobertura de cada CS del año 2014, a partir de los registros de

vacunación. Por lo tanto en el llamado programa de Atención del Niño en APS no habría continuidad, para ser evaluado y comparado con otros períodos.

Otra limitación u obstáculo a las formas de producir cuidados desde la perspectiva de la **integralidad**, es la sobrecarga de trabajo de los profesionales, atendiendo lo que le aqueja al niño puntualmente en la consulta y sin poder abordar otros aspectos del proceso salud-enfermedad. Termina siendo una atención ineficaz y de limitada resolutiveidad, al ubicarse la centralidad en la atención de la enfermedad, sobre la promoción de la salud.

Por otro lado, tratar de entender cómo funcionan los equipos de trabajo descentralizados, implica recurrir a Engeström, Y. (2001), a partir de la teoría de la actividad, quien explica que estos equipos comienzan a reconceptualizar y planificar las formas organizacionales de su trabajo. Al mismo tiempo que se preguntan ¿cómo?, dentro de esta actividad humanizada, comienzan a preguntarse también ¿por qué?, ¿para quién?, ¿a dónde? En este punto necesitan de la implicación y del aporte de los gestores.

En consecuencia participan en el modelado y la reconstrucción de su actividad médica burocratizada y racionalizada, apareciendo contradicciones internas. Los médicos suelen experimentar una tensión latente constante entre su rol de porteros y productores económicos, por una parte y el de curadores o asesores por la otra, y suelen sentir estos roles como “doble vínculos” abrumadores. También aparecen contradicciones secundarias cuando comienzan a ingresar nuevos tipos de pacientes complejos, en tanto los instrumentos materiales y conceptuales para el diagnóstico y tratamiento pueden volverse inadecuados. Son los profesionales los que “ponen la cara” a los problemas de las familias de los niños que asisten y muchas veces naturalizan estas situaciones para no involucrarse emocionalmente.

En este punto Franco, TB. y Merhy, EE. (2011:13,16) trabajan el concepto de “trabajo vivo en acto”, aplicado al proceso de trabajo en salud. Revelan la posibilidad que tienen los trabajadores de realizar su trabajo con un alto grado de libertad ejerciendo un razonable autogobierno sobre su actividad productiva. Según estos autores este proceso de trabajo es siempre relacional, se produce una conexión entre trabajadores, usuarios, personas y cosas que se encuentran en el proceso de la producción de cuidado. Sin embargo el cuidado en acto es proporcionado a través de los afectos que circundan los encuentros entre trabajadores y usuarios. Este escenario está determinado sobre todo por las singularidades, por tanto los modelos que allí operan, pueden ser tantos como sujetos haya en ese encuentro. Agregan que lo que define el perfil del cuidado es el territorio existencial en el cual el trabajador de la salud se inscribe como sujeto ético-político; este territorio no es físico, sino que se encuentra dentro de cada profesional, organizado por su subjetividad.

Al respecto Rovere, M. (2006:25) recuerda que: “*los profesionales tenemos una causa más grande que las contradicciones internas entre nosotros, esta causa más grande es justamente la idea de defender el derecho a la salud junto con la gente*”.

Otra limitación es el desafío de lograr articular en forma más eficiente, el 1er nivel con el 2do nivel de atención para la derivación de pacientes pediátricos, anteriormente desarrollado. Es tarea de los gestores avanzar con una adecuada supervisión motivadora que estimule el trabajo del equipo de salud, enfocado en los problemas cotidianos de los CS.

Del mismo modo, se destaca la existencia de aspectos positivos en ambos CS:

- se dispone de profesionales capacitados para el cuidado infantil y para atender las necesidades básicas y de alto impacto en la salud general de los niños en el primer nivel.
- hay disponible un equipo interdisciplinario de salud compuesto por médicos pediatras, generalistas, enfermeros, psicólogo, trabajador social, fonoaudiólogo, odontólogo, pasante de farmacia y personal administrativo para el trabajo en este nivel de atención. Es importante recordar los aportes de Donabedian, A. (1990), quien afirma que no solamente las acciones médicas son relevantes, sino que toda y cualquier participación del personal de distintos niveles puede contribuir para el incremento de la calidad o su deterioro
- las opiniones de la población expresan aceptabilidad en relación al servicio ofrecido y conformidad con la resolutividad de las consultas. Siendo, que generalmente los servicios en APS, son evaluados en forma más crítica por los usuarios que por los profesionales (Braz, JC y otros, 2013)
- El CS se constituye en lugar de referencia para la mayoría de los cuidados de la salud de los niños de 0 a 4 años, favorece la relación entre los profesionales de la salud y las madres o cuidadores, lo que posibilita el conocimiento de las historias de vida y de crianza, de la situación de salud particular de las familias adscriptas, imprescindible para una atención integral y de calidad.

CONCLUSIONES

Para dar respuesta al **1er objetivo** de esta investigación, que propone caracterizar el proceso de atención del control del niño sano en los dos centros de salud seleccionados, se analizaron las prácticas realizadas en relación al concepto de **integralidad** (Conill, E., 2004), a partir de cuatro dimensiones construidas: primacía de acciones de promoción y prevención; articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación; garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica; y el abordaje particular del niño.

A partir de la información recogida en las entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud y gestores, se observaron procesos de trabajo por parte de los profesionales, favorecedores de acciones integrales de la salud infantil en los CS seleccionados:

- Primacía de acciones de promoción y prevención: se da prioridad a través de las consultas programadas para control sano, sobre todo durante el primer mes de vida y en el 1er año de vida, cumpliendo con las pautas acordadas desde la gestión para el primer nivel de atención. No se registra en las HC la valoración del desarrollo a partir de los 2 años. Con esfuerzos personales de los profesionales en el vínculo creado con las madres, se logra la continuidad en el seguimiento y en las actividades de promoción. Las acciones preventivas programadas de ejecución más sistematizada son la vacunación y desde promoción de la salud infantil, en odontología los talleres de cepillado semanales. Los profesionales de sólo un CS realizan el taller de acompañamiento del desarrollo en niños de 0 a 3 años en forma mensual.

El abordaje de acciones preventivas está condicionada a la demanda diaria de atención ante enfermedades recurrentes propias de los grupos infantiles de 0 a 4 años en ambos CS.

- Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación: se comprueba su ejecución por parte de los profesionales del equipo de salud, a partir de la gestión y coordinación intersectorial con instituciones de la comunidad (como los Centros de Convivencia Barrial), y los otros niveles de atención. Ante niños con problemáticas particulares se realizan reuniones para orientar el proceso de atención en la red.
- Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica: se efectiviza la responsabilidad del primer nivel de atención asumiendo la derivación y obtención de turnos en el hospital más cercano, en los niños que requieran estudios e interconsultas en el 2do nivel, aunque con tiempo prolongado de espera, según

especialidades pero con resolutiveidad en las urgencias. Los gestores intervienen para mejorar y coordinar la vinculación entre niveles de atención.

- El abordaje integral de la salud de los niños, tiene en cuenta la situación social de las familias bajo adscripción, lo cual implica un real trabajo interdisciplinario por parte del equipo para el seguimiento de casos problemáticos. Quedan en evidencia la existencia de vínculos de cercanía y confianza con la población del barrio. En este punto se desdibuja el papel de los gestores, quienes sólo intervienen en situaciones puntuales.

En respuesta al **2do objetivo**, la **aceptabilidad** de las madres respecto de la atención infantil se da como satisfecha en el modo en que se ejecuta el proceso de atención de cada niño. Esto se aprecia en la conformidad manifiesta por la accesibilidad a los turnos de control, por la satisfacción de la demanda por consulta por morbilidad percibida y por la comunicación que se establece con los profesionales, en referencia a conductas de responsabilidad materna en el cuidado de sus hijos. La mayoría de las madres entrevistadas desconoce las actividades de promoción ofrecidas por los CS. Todas las entrevistadas conocen el nombre del médico que atiende a sus hijos.

En cuanto a la percepción de la importancia del seguimiento del crecimiento y desarrollo, es dispar y en su mayoría se asocia con el crecimiento físico, la vacunación y los malestares infantiles. Se observa discontinuidad en la concurrencia para el control de sus hijos luego del segundo año de vida, aunque con responsabilidad manifiesta en la demanda inmediata de atención en caso de enfermedad. Es conveniente considerar, que no sólo durante el 1er año, sino en los cuatro primeros años de vida infantil, el control del niño sano como propuesta preventiva pediátrica, tiene relevancia efectiva demostrada, sobre todo para el diagnóstico precoz de las alteraciones del desarrollo infantil en contextos socio-económicos vulnerables.

En cuanto al **3er objetivo**, la posibilidad de establecer diferenciales en la apreciación de **integralidad**, expresadas por los actores (miembros del equipo y gestores) respecto del proceso de atención del control del niño sano, se observó la inquietud en los gestores en optimizar el funcionamiento de los CS en cuanto a los recursos humanos disponibles en cada uno, el suministro de vacunas, aspectos de la organización y frecuencia de otorgamiento de turnos programados de control sano y en mejorar la coordinación para interconsultas o estudios en trabajo conjunto con el segundo nivel de atención.

En cambio, por parte de los profesionales se reflejó diferente nivel de análisis del concepto de integralidad y su concreción, ante la preocupación de dar respuesta y contener a la

demanda espontánea, que consideran en ocasiones, pone en riesgo la ejecución de acciones de prevención y promoción de la salud. Tienen que negociar permanentemente entre la oferta propia del CS y las necesidades de la comunidad, dando cuenta de una enorme flexibilidad y grados de autonomía.

Es de destacar con respecto al registro de consultas por control de niño sano, aunque el dato sea asentado en las HC y/o cargado parcialmente por vía informática, hay ausencia de información por motivos de gestión que no permite la producción de información para ser contrastada en el total de consultas pediátricas y conocer efectivamente su implicancia en el proceso de atención de la salud infantil.

En todos los actores involucrados se evidencia el compromiso para tender a la resolutiveidad y el esfuerzo por tratar de sostener la continuidad de la atención infantil, trabajando para producir los ajustes necesarios, a partir de la discusión reflexiva dentro del equipo de salud y/o elevando sus reclamos a los gestores y coordinadores.

El aporte final de este trabajo, es la propuesta de repensar las prácticas en los profesionales que se comprometen con la tarea, con el propósito de aumentar el vínculo con la población para lograr la adhesión a las acciones de protección y promoción del bienestar infantil y la construcción de responsabilidades conjuntas en el cuidado de los niños y niñas. Estas son prácticas que requieren de intercambio interpersonal, consolidando lazos que habiliten la transmisión del conocimiento en salud como instrumento para la apropiación colectiva, tal como lo propone Fränkel, D. (2002).

La vigilancia o seguimiento a través del control de Niño Sano se constituye como una tecnología eficaz para resolver un problema de salud, y por lo tanto surge como un derecho en términos de equidad cuyo efectivo ejercicio depende de la disponibilidad en términos de accesibilidad a ese recurso (Rovere, M, 2006:20). Su aplicación incompleta o sesgada generará daños evitables detectados por actores concretos que defienden el derecho a la salud de los niños de contextos vulnerables que son atendidos en los CS.

En este trabajo que recorrió un camino de continua crítica y replanteo de la información relevada, se reconocen las limitaciones de los intentos realizados, buscando una posible lectura siempre provisoria sobre el proceso de la atención infantil en un contexto determinado. Fue un camino de construcción artesanal de conocimientos sobre la producción del cuidado de la salud infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abriata, M. y Fandiño, M. y Col. (2010) “Abordaje de la mortalidad infantil en Argentina desde la perspectiva de las desigualdades en salud”- en *Revista Argentina de Salud Pública*. Sala de Situación-Vol.1 N° 2, Argentina. pp 43-45.
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002) Salud: “Análisis de la Dinámica Político-Institucional y Organizacional del Área Materno Infantil (Con Énfasis en el Programa Materno Infantil y Nutrición – Promin)” -Documento 61. pp 1-75.Disponible en <http://faculty.udea.edu.ar>.
- Ageitos, M.L (2005) “El niño sano”, *Boletín Remediar. Atención Primaria de la Salud*, Vol.3 - N° 19 – Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp 4-5.
- Alarcón Muñoz, A. M. y Vidal Herrera, A. (2005) “Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres”. *Salud Pública de México*- Vol. 47 N°6, México. pp 440-446.
- Almeida Filho, N. (1992) *Epidemiología sin números*. Serie Paltex . OMS/OPS, Washington D. C. Cap 7. pp 60-67.
- Archidiácono, V. y otros “La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social: ¿una vía de transformación en la política social argentina?, en Pautassi, L. y Gamallo, G. (2012): *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas Sociales y Bienestar en la Argentina*. Editorial Biblos, Buenos Aires.pp149-179.
- Aronna, A. y Martinelli, B. (2005) “Perfil de la ciudad de Rosario en Salud Urbana, Provincia de Santa Fe., República Argentina”, *Unidad de Entornos Saludables del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (OPS/OMS)*. Pp 1-41.
- Aronna, A y Luppi, I. (2006) “Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica”. *Investigación en Salud*. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Municipal .Vol. 7 (1 y 2). Rosario. pp 1-15.
- Aronna, A. (2006) “Evaluación de un programa de política social: Programa Materno Infantil y Nutrición”, en *Cadernos de Saúde Pública*. Vol 22 N° 2. Rio de Janeiro. pp 1-17. Disponible en www.scielo.br.
- Aronna, A y otros (2011) “Como se construyen y utilizan registros en atención primaria de la salud. El caso de los centros de salud en la ciudad de Rosario”. En Rovere, M.; Luppi, I y Muruaga; M. (Editores): *Evaluación de tecnologías en Atención Primaria. Articulación Universidad-Servicios por el derecho a la salud* .Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario. pp 27-71
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (2015) “Documento del Proyecto respecto de un Préstamo Adicional Propuesto por la suma de U\$S 200 millones a la República Argentina para

el Proyecto de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud”, 3 de junio de 2015 (Documento del Banco Mundial Informe N° PAD1397). Disponible en documents.worldbank.org/.../PAD1397-PJPR-SPANISH.

- Bastidas-Acevedo, M. y otros (2009) “La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso para su cualificación”. *Ciencia y Saúde Coletiva*. Vol 14 N° 5. Rio de Janeiro. pp 1-12. Disponible en www.scielo.br.

- Belmartino; S.; Levin, S y Repetto, F. (2001) “Políticas Sociales y derechos sociales en la Argentina: Breve historia de un retroceso”, en *SocialiS. Reflexiones Latinoamericanas sobre Política Social*, UBA-UNR-FLACSO, Homo Sapiens, Rosario. pp 53-83.

- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2008) “La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Vol 15 N°2, Rio de Janeiro. pp 1-14 Versión On line. Disponible en www.scielo.br.

- Bloch, C.; Quinteros, Z.; Troncoso, M.C. y otros (1985) “El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte. Rosario (Argentina) 1981-1982 (1ra parte)”. *Cuadernos Médico Sociales* N° 32. CESS-AMR, Rosario. pp 5-19.

- Bloch, C.; Quinteros, Z.; Troncoso, M. y otros (1985) El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte. Rosario (Argentina) 1981-1982 (2da parte) *Cuadernos Médico Sociales* N° 33. CESS-AMR, Rosario pp 3-34.

- Bloch, C., Godoy, C., Luppi, I., Quinteros, Z. y Troncoso, M. C. (1992) "Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario". OPS. /OMS. *Publicación Científica* N° 34. Buenos Aires. pp 1-183.

- Boletín PROAPS- Remediar (2005) “El control del niño sano desde la óptica de la oferta”. En . Atención Primaria de la Salud –Vol 3. N° 19 - agosto / Septiembre Área de Programación. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina. pp 5-7.

- Bonet, O. (2005) “Las relaciones entre médicos y pacientes en el marco de una epistemología integral”, en *Anuario de Estudios de Antropología Social*. CAS-IDES, Buenos Aires. pp 172-157.

- Borsotti, C. (2007) *Temas de Metodología de la investigación en Ciencias Sociales*. Miño y Dávila Editores, Buenos Aires. Capítulo IX: “Esquema para la formulación de un proyecto de investigación”. pp 233-256

- Bosi M.L.M & Uchimura K.Y. (2007) “Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde”. *Rev Saúde Pública* ;41(1):pp150-153.

- Braz, J.C.; de Mello, D.F y otros (2013): “A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores”, en *Medicina (Riveirão Preto)*, Vol. 46(4): 416-23. Disponible en <http://revista.fmrp.usp.br/>.

- Campos, G. W. (1990) "La gestión como componente estratégico para la implantación de un sistema público de salud". *Cuad. Med Soc*, N° 54. CESS/AMR, Rosario. pp 33-42.
- Campos, G. W. (2003) "Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia", *Investigación en Salud*. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Municipal. Vol. 6 (1 y 2). Rosario. pp 1-3. Disponible en www.rosario.gob.ar.
- Carvalho, M. R. (1991) Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ), contribuição para sua distritalização [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.
- Carrillo, R. (1974) Contribuciones al conocimiento sanitario. Obras completas. Eudeba, Buenos Aires.
- Castellanos; P. L. (1987) "Sobre el concepto de Salud -Enfermedad. Un punto de vista epidemiológico" *Cuadernos Médico Sociales* N° 42, CESS, Rosario. pp 15-24.
- Cecilio, L. C. (2002) "As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde" en *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Editorial Ims-UERJ-ABRASCO. pp 113-125.
- Cogliandro, G. (2010) "El programa Asignación Universal por Hijo para Protección Social y los cambios en los Programas de Transferencias Condicionadas". *Fundación Siena, Apuntes 12*. Disponible en www.fundacionsiena.org.ar (Consulta 19/07/2011).
- Colombo; J. (2007) *Pobreza y Desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Paidós, Bs As. pp 97-114.
- Conill, E. M. (2004) "Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde", *Cad. Saúde Pública*, Vol. 20(5). Rio de Janeiro. pp 1-7. Disponible en www.scielo.br.
- Correa, A, Correa, M, Díaz Y, Olaya A, Grisales H, Velásquez M. (2003) "Detección del riesgo psicosocial en niños. Salud Integral para la infancia. Pediatría Social. Universidad de Antioquia, Medellín" 2000-2002. *Saludarte*; (10). pp 7-23.
- Chaves dos Santos, S. y Pacheco Santos, L. (2007) "Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1-Abordagem metodológica". *Cad Saúde Pública Vol 23(5)*; Rio de Janeiro. pp 1029-1040.
- Cusminsky, M.; Lejarraga, H. y otros (1994) *Manual de Crecimiento y Desarrollo del niño*. Serie Paltex. Organización Panamericana de la Salud- OMS, Washington D. C., 2da Edición. pp 3-21.
- Díaz, A. (2005) En UNICEF Argentina: *Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas prácticas*, Bs As. pp 43-81.

- Díaz, A. (2007) “Estado nutricional y desarrollo de la infancia en situación de pobreza” Cap. 7, en Colombo, J. (editor): *Pobreza y Desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*, Paidós, Buenos Aires. Pp 161-183.
- Díaz, A. (2011) “Desarrollo integral de la primera infancia. Análisis de sus determinantes y líneas de intervención”- Presentación en el I Encuentro Interamericano: Responsabilidad Social Empresaria y primera Infancia, OPS/OMS, Lima, Perú, Disponible en <http://www.per.ops-oms.org>.
- Díaz, A.; Huerta, A. y otros (2000) “La dimensión sociocultural y su relación con los patrones de utilización”, en *Investigación en salud*. Vol 3-Nº 1 y 2, Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, Rosario, pp 111-130.
- Di Liscia, María Herminia (2001) “Lactancia y Ciudadanía. Una cuestión de género ayer y hoy”. *Investigación en Salud*, Vol 4. (1-2) Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, Rosario. pp 65-77.
- Donabedian, A. (1990) “Los siete pilares de la calidad”, en *Arch Pathol Lab Med.*
- Furtado, J.P.(2001): “Um método construtivista para a avaliação em saúde”. *Ciencia y Saúde Coletiva*, Vol 6 Nº1. pp 165-186.
- Engeström, Y.(2001) “Los estudios evolutivos del trabajo como punto de referencia de la teoría de la actividad: el caso de la práctica médica de la asistencia básica” en Chaiklin, S. y Lave, J. (2001): *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto*, Amorrortu Ediciones, Bs As, pp 78-117.
- Ferrandini, D. (2003) en *Salud en el Municipio de Rosario. La construcción de la Salud según sus protagonistas*. Municipalidad de Rosario. Secretaría de Salud Pública. UNR Editora: Rosario. pp 245-260.
- Franco, T.B; Merhy, E.E. (2011) “El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado”. *Salud Colectiva*. 7 (1). Buenos Aires. pp 9-20.
- Fränkel, D. (2002) “Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud”. *Cuadernos Médico Sociales* Nº 82. CESS-AMR, Rosario. pp 61-75.
- Frenk, J. (1993) “La salud de la población: hacia una nueva salud pública”. México DF. Fondo de Cultura Económica, en Frenk, J.: *La nueva salud pública*, pp.1-26. En www.scielo.org.ar/scielo (consulta 22/07/2015).
- Gallart, M. (1992) “La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación”, en Forni, F, Gallart, M. y Vasilachis de Gialdino, I.: *Métodos Cualitativos II. La práctica de la investigación*. Centro Editor de América Latina, Bs As. pp 107-151.

- Ginghini, M.F. y Sileo, R. (2008) “*Programa de acompañamiento del desarrollo de niños de 0 a 3 años*”, presentado en Mesa Redonda: “La Fonoaudiología en contextos de exclusión social”, III Jornadas de la Licenciatura en Fonoaudiología, 08/10/08, Actas III Jornadas Rosario, Facultad de Cs Médicas., UNR, Formato CD.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967) *The discovery of grounded theory Strategies for qualitative research*. Cap III: “El muestreo teórico”. New York, Aldine Publicatio, Traduc. Versión mimeografiada: pp 1-38.
- Grodos, D. y de Béthune, X. (1988) “Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo”. *Cuadernos Médico Sociales* N° 46. AMR-CESS, Rosario. pp 71-85.
- Hartz Z.M.A. y Contandriopoulos A.P.(2004) “Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2.pp 5331-5336.
- Hortale VA, Conill EM, Pedroza M. (1999) “Desafios na construção de un método para análise comparada da organização de serviços de saúde.” *Cad Saúde Pública*, ; 15: pp 79-88 citado en Conill, E. M.: “Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde” *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004, 20(5)
- Invaldi., A; Troncoso, M. y Richiger, E. (1960-1961) “Pediatria: Medicina Constructiva”. *Revista de la Sociedad de Pediatría del Litoral*, Vol 25-26 (1-2), Rosario. pp 34-41.
- Jiménez; C. (2004) “Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000”. *Salud Colectiva* v.5 n.2, Lanús. pp 211-224.
- Lambrechts T.; Brice, J. y Orinda, V. (2000) “Atención integrada a la enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): resumen de las primeras experiencias” en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recopilación de artículos N° 2. pp103-115.
- Laurell, A. C. (1996) en Seminario sobre: “La política de Seguridad Social y Salud en el Proyecto neoliberal”, Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario, julio de 1996.
- Lejarraga, H, Krupitzky, S y colab. (1996) *Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años*, Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Garrahan, Nestlé Argentina, Bs As. pp 7-54.
- Lejarraga, H; Menéndez, A. y otros (2008) “PRUNAPE: pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor en el primer nivel de atención”. *Arch Argent Pediatr*; 106(2): pp119-125.
- Lejarraga, H., Kelmansky, D y otros (2016) “Evaluación del desarrollo psicomotor del niño en grupos de población como indicador positivo de salud”. *Arch Argent Pediatr*; Vol 114 N°1, pp 23-29.

- Liceda, M. E. (2010) "Avances en Pesquisa Neonatal en Argentina", Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación, presentación en I Congreso Argentino de Neonatología.
- Manfredi, L., Speranza, A., Giannini, A y Corso, N. (2005) "Control en salud del niño durante el primer año" Área de Salud Integral del Niño. Dirección Nacional de Salud Materno-infantil –en *Boletín Remediar. Atención Primaria de la Salud*- Plan Federal de Salud, Vol.3 - Nº 19. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Agosto / Septiembre, pp 14-15.
- Mansilla, C.; Urueta, G.; Monzón Valverde, L. y otros (2013) "Lo real del trabajo. En la búsqueda de información sanitaria para la gestión". *Investigación en Salud*. Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal Vol. 10 - Nº 1- Rosario, Enero- junio, pp 85-95.
- Martín Zurro, A y Joda Sola, G. (2011) *Atención primaria de la Salud y Atención Familiar Comunitaria*, Elsevier España.S.L. , pp 1-16. Disponible en www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf.
- Martinelli, B y Tessi, V.H. (2003) *La salud para todos. Del proyecto a la acción*- Municipalidad de Rosario- Ubal, febrero de 2003. Pp 3-18.
- Maxwell, J. A. (1996) Cap I: "Un modelo para el diseño de investigación cualitativo"; Cap 5: "¿Qué hará para conducir la investigación?", Traducción M.L. Graffigna. En Maxwell, J. A.: "*Qualitative research design. An interactive. Approach*". Sage Publications. pp 63-85.
- Mendes, V. L.F. (1995) "Acesso a Saúde em Fonoaudiologia". (Cap 3), en Befi, D.: *Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde*. Lovise, São Paulo. pp 43-56.
- Minayo, M. C. S. y otros (2005) "Introducción. Concepto de evaluación por triangulación de métodos". En Minayo; MCS y otros: *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales*. Lugar Editorial, Bs As. Pp 16-60.
- Minayo, MC. S. (2009): Cap 11 "Técnicas de análisis del material cualitativo". En Minayo, M C.S: *La artesanía de la investigación cualitativa*. Ed. Lugar, Bs As. pp 249-294.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Salud Comunitaria. (1994) *Manual Metodológico de Capacitación del equipo de Salud en Crecimiento y Nutrición de madres y niños*. Prólogo. Argentina.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2005) *Cuidando al BB- Guía para el equipo de salud- Para acompañar a la familia en el desarrollo infantil*. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Programa Materno Infantil de la Nación. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm> (Fecha de acceso julio 2009).
- Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Programa Materno Infantil de la Nación. Resolución Ministerial 1376/07. "Nuevos

estándares internacionales de Crecimiento y Desarrollo”. Publicación digital. Disponible en www.msal.gov.ar/htm/Site (fecha de acceso 28/05/2009).

- Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación (2009). Decreto N° 1602/2009: Plan de salud para la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social.

- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2010) “Plan Nacer. Proyecto de Inversión Salud Materno Infantil Provincial”. Secretaria de Promoción y Programas Sanitarios.

- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. Año 2011. Manual de procedimientos Hipoacusia y sordera en la infancia. Disponible en www.ms.gba.gov.ar/ssps.

- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Materno Infantil de la Nación. Programa Nacional de Desarrollo Infantil “Primeros años”. /www.msal.gov.ar/ (fecha de acceso 24/08/2013).

- Ministerio de Salud de la Nación. (2013): Plan Nacer./www.msal.gov.ar/ (fecha de acceso 24/08/2013).

-Ministerio de Salud de la Nación- Una década por la Inclusión y la Salud Pública www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/455-una-decada-por-la-inclusion-y-la-salud-publica (fecha de acceso 20/07/2015).

- Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe. Dirección de Promoción y Protección de la Salud. Subsecretaría de Salud y Medio Ambiente. Instituto Nacional de Epidemiología Emilio Coni (1996): “Guía para la normatización de las acciones de salud en el control de los niños menores de 5 años” (1)- “Instructivo para el llenado del Carne e Historia Clínica del Niño y de la Niña”(2).

- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Promoción y Cuidados de la Salud: Plan Nacer. Portal: www.santafe.gob.ar (fecha de acceso el 22/08/2013).

- Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación. Programa SUMAR- Nomenclador Niños y Niñas de 0 a 6 años. En Portal de Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. Promoción y Cuidados de Salud: Metas Sanitarias: Infancia. Programa Sumar. En www.santafe.gov.ar (Acceso 01/04/2017).

- Moreno, E. (2000) “Estrategias de intervención en salud infantil”. *Medicina Infantil*. Revista Hospital de Pediatría Garrahan. Vol VII N°1; Buenos Aires.pp 7-12

- Moreno, E y otros. (2000) “Guía de Programación de Programa materno-infantil”, Ministerio de Salud de la Nación- Facultad de Medicina. Cátedra de Salud Pública. U.N. Tucumán.

- Moreno, E. (2003) “La salud materno infantil en épocas de crisis”. *Revista de la Facultad de Medicina* Vol. 4 - N° 1, Bs As.

- Municipalidad de Rosario (1993) “Una estrategia a favor del futuro”- Documento de Trabajo (Mimeo), pp 1-6.
- Municipalidad de Rosario. Secretaría de Salud Pública (2000): Indicadores Año 2000. Boletín Atención Primaria de la Salud 1. Dirección de Atención Primaria- Dpto de Estadística. pp 4-22 .
- Municipalidad de Rosario. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario (2003) *Construcción de la Salud según sus protagonistas*. UNR Editora: Rosario.
- Municipalidad de Rosario. Secretaria de Salud. (2006) Sistema Municipal de estadísticas de salud. Recursos, actividades y producción de la Red de Servicios. Boletín de Estadística.
- Municipalidad de Rosario / Descentralización: conformación de los Distritos – Disponible en www.rosario.gov.ar (fecha de acceso 08/06/08).
- Municipalidad de Rosario. Secretaria de Salud. (2012) Informe Colegiado de APS, Dirección de Bioestadística, Rosario.
- Municipalidad de Rosario. Modelo de Gestión en Salud. En www.rosario.gov.ar. (Fecha de acceso 28/08/13).
- Municipalidad de Rosario / Centro Municipal de Distrito Noroeste “Olga y Leticia Cossettini” - en www.rosario.gov.ar (fecha de acceso 28/08/13).
- Municipalidad de Rosario. Centros de Salud. En www.rosario.gov.ar (fecha de acceso 28/08/13).
- Municipalidad de Rosario (2014) Indicadores de Gestión de la red de Servicios de Salud. Dirección de Estadística, Secretaría de Salud Pública. Año 2014.
- Municipalidad de Rosario. Red de Salud. En www.rosario.gov.ar/sitio/salud/sistemasalud1. (consulta 20/07/2015).
- National Association for the Education of Young Children (1996) *What are the benefits of high quality early childhood?* Washington, D.C.: NAEYC. Citado por Bastidas-Acevedo y otros (2009) “La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación”. *Ciencia & Saúde Coletiva* Vol 14 Nº 5; Rio de Janeiro. pp 2
- OMS - Gobierno de Santa Fe, Ministerio de Salud - Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia y Sexual y Reproductiva: “Patrones internacionales de crecimiento infantil de la OMS. Año 2012” .
- OMS: IAEGI- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, en www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/ (consulta 17/07/2015).
- ONU- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989)- Asamblea General de Naciones Unidas, Resol 44/25 del 20/11/1989.

- OPS (1992) Análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud -*Educación Médica y Salud*- Vol. 26 N°3 .pp 349-351.
- OPS (1999) Aplicación de AIEPI y habilidades de comunicación. *Noticias sobre AIEPI*, N° 2, pp 18-19.
- OPS/OMS (2003) “Atención Primaria de Salud y Desarrollo de Recursos Humanos”. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Oficina de Gestión de Programas. Madrid, octubre de 2003.pp 1-18.
- OPS/OMS (2007) De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo:” Derechos, Hechos y realidades”. Propuesta para la discusión: “*Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad*”, Buenos Aires, agosto de 2007. Disponible en www.buenosaires30-15.org.ar
- OPS/OMS (2017) Semana Mundial de la Lactancia Materna 2017. Disponible en www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id (consulta 1/08/2017).
- Paganini, J.; Etchegoyen, G. y otros (2010): “Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS”. *Revista Argentina de Salud Pública*. Vol. 1-N°2. pp 18-23.
- Pautassi, L. (2006) “Política social en Argentina. ¿Sustancia o procedimiento?”. *Escenarios 10. Publicación de la Facultad de Trabajo Social*. Universidad Nacional de La Plata. Espacio Editorial. Pp 111-124.
- Pautassi, L y Gamallo, G. (2012) *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas Sociales y Bienestar en la Argentina*, Editorial Biblos, Buenos Aires. Cap 3 y 4. pp 115-179.
- Plan Nacer. Portal de la Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. Promoción y Cuidados de la Salud www.santafe.gob.ar (fecha de acceso el 22/08/2013).
- Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia (2011) Manual de Procedimientos de Hipoacusia y Sordera en la infancia, dirigido a los profesionales de la salud. Ministerio de Salud de la Nación. www.ms.gba.gob.ar/ssps (fecha de acceso 19/09/2014).
- Quaglino, M.B.; Vitelleschi, M.S.; Maldonado, L.M. (2013)“Evaluación del funcionamiento de un sistema público de atención de discapacidad auditiva mediante métodos multivariados”, en *Revista FABICIB*, Vol. 17; Rosario. pp. 23 - 32.
- Ramonet, M. (2011): “Situación actual de la salud infantil en el cono sur”. Conferencia en Congreso del Centenario de la Sociedad Argentina de Pediatría. SAP, Bs As. Disponible en www.sap.org.ar/docs/congresos/2011/centenario/ramonet_argentina (fecha de acceso 26/08/13).
- Red Interhospitalaria de Servicios de Fonoaudiología (2005): 1er Encuentro de Trabajo de la Red Interhospitalaria de Servicios de Fonoaudiología de Hospitales Provinciales- Zona de Salud VIII- Pcia de Santa Fe, Rosario, octubre de 2005.

- Richiger, E.; Cerrano, E y colab. (1990) “Atención Primaria de la Salud. Ganamos un espacio”. Documento interno de la Dirección de Atención Primaria de Salud. Secretaria de Salud. Municipalidad de Rosario. pp 1-3. (Mimeo).
- Rivera Pizarro, J. (2005) *Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas prácticas*. Sistematización de experiencias, debate y conclusiones. Prólogo en UNICEF, Buenos Aires. pp 7-9.
- Rose, G. (1994): *La estrategia de la medicina preventiva*. Ediciones Científicas y Técnicas, Masson, Barcelona. Cap 4. Pp 31-52.
- Rossen, M y colab. (2010) Módulo 5: “Políticas de Salud”, en Posgrado en Salud Social y Comunitaria- Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, Bs As.
- Rovere, M. (2000) “Una ciudad modelo en Salud Pública. La construcción de una estrategia, el diseño de una gestión”. En *Experiencia Rosario. Política para la gobernabilidad*. Borsellino Impresos, Rosario. pp125-190.
- Rovere, M. (2006): “Redes en el Marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud”, en *Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*.- 2da edición ampliada. Editorial El Ágora: Córdoba. pp 15-28.
- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007) “Percepción del proceso de salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”.- en *Salud Colectiva*: Volumen III; Nº 3; Lanús. pp 1-12. Disponible en www.scielo.org.ar.
- Saenz,I; Aronna, A; Martin, M.;Villarreal,S.y otros: PID Nº19L065: “Abordaje interdisciplinario de la población infantil de 0 a 4 años orientado a la prevención y desarrollo. Enfoque desde la fonoaudiología, odontología y psicología”. Programa de Incentivos de la SPU del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. Facultad de Psicología,UNR,1997-1998.
- Santhiá, M. y otros (1974) “Sistema de Salud del Área Rosario: Análisis del Sistema Estatal de Atención Médica del Área Rosario”, Documento Nº 2, Grupo de Estudio sobre Salud y Atención Médica: GESAM, Rosario.
- Scavino, C. (2008) “Aprendizaje y formas de participación: la consulta de control de niño sano como sistema de actividad”. *Anuario de Investigaciones* Vol XV. Facultad de Psicología. UBA, Secretaría de Investigaciones, Bs As.pp 151-158.
- Schlemenson, S. y otros. (2011) *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano*. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires.pp 9-28

- Segunda Cátedra de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNR (2005) *El niño sano y su contexto*. Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria-2º Ed. – UNR Editora, Rosario. Cap 5-9 y 11. Pp 124-295.
- Sen, Amartya (1985) *Comodities and Capabilities*. Ámsterdam y New Cork, Elseiver Publishers.
- Sguassero, Y., Carroli, B., Duarte, M. y Redondo, N. (2007) “Nuevos estándares de crecimiento de la OMS para niños de 0 a 5 años: su validación clínica en Centros de Salud de Rosario, Argentina”. *Arch. Argent. Pediatr* ;105 (1). Buenos Aires. pp 38-42.
- Sirvent, M.T. (2001) “Memorias de Taller”. Taller de Tesis de la Maestría en Políticas y Administración de la Educación. Universidad Nacional de Tres de Febrero.(mimeo).
- Starfield, B. (2002): *Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.
- Tenti Fanfani;E.(1989) *Estado y Pobreza: estrategias típicas de intervención/I*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires. Cap:“Introducción. Estrategias típicas de intervención” pp 7-39.
- Testa, M. (1993) *Saber en salud. La construcción del conocimiento*. Editorial SA, Bs As.
- Victora, C.; Barros, F. y Vaughan, J. P. (1992) *Epidemiología de la desigualdad*, OPS/OMS; Serie Paltex N° 27. Cap 14. Pp 179-186.
- Victora, C. (2013) “Nutrición materno infantil” Serie The Lancet, presentación en Semana de la Inclusión Social. Primero la infancia. Lima, Perú, octubre de 2013. Disponible en www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutricion (Consulta 9/6/2015).

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Adam, M.; Alonso, A. y otros (2000) “Estrategias alimentarias de familias con niños desnutridos recuperados de 1 a 5 años y 11 meses, del barrio Las Flores Sur, bajo programa alimentario y control médico”. *Investigación en Salud* N° 3 (1-2), Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública municipal- Rosario, pp 153-164.
- Alves, V.S.(2005) “Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial”. *Interface (Botucatu)*. Vol 9(16): pp 39-52.
- ANSES: “El impacto de la Asignación Universal por Hijo. El impacto en la Argentina. Observatorio de Seguridad Social”. www.anses.gov.ar. (consulta 13/08/14).
- Aronna, A. (2002) “Evaluación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN–Rosario)” *Investigación en Salud*. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Municipal, Vol. 5 (1 y 2), Rosario.1-10. Disponible en www.rosario.gob.ar.
- Augsburg, A; Galende; S y otros (2006) ”Mortalidad infantil y condiciones de vida. La producción de información epidemiológica como aporte al proceso político de descentralización municipal en Rosario (Argentina)”- *KAIROS. Revista de Temas Sociales*. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. Año 10. N° 18. En www.revistakairos.org.
- Arrondo Costanzo, F.; Barragán, S. y otros (2016) “Evaluación de calidad de atención en Centros de Atención Primaria de Salud”, *Revista Argentina de Salud Pública*, 7 (26): pp 14-19.
- Campos, G. W. (2006) *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Lugar Editorial, Bs As.
- Campra, C y Brollo, E. (2008) “Estudio descriptivo acerca de los recursos humanos en fonoaudiología en centros de atención primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario en el año 2007”. Tesina de Licenciatura en Fonoaudiología, Facultad de Cs Médicas, UNR, Rosario.
- Claramunt; R. (1997) “Guía para el acompañamiento del desarrollo de niños sanos en centros de salud”. *Revista de la AAMG- Asociación Argentina de Médicos Generalistas*. Año 2 N°3, Santa Fe. pp 9-18.
- Correa, A, Correa, M, Díaz Y, Olaya A, Grisales H, Velásquez M. (2003) “Detección del riesgo psicosocial en niños”. *Salud Integral para la infancia. Pediatría Social*. Universidad de Antioquia, Medellín 2000-2002. *Saludarte* ; (10): pp 7-23.
- Díaz, C.; Picó, Y. B. y Glisser; M. (2002) “Utilización de gráficos de crecimiento infantil”. *Cuadernos Médico Sociales*, Vol 52-N°1, Chile. Pp 6-12.
- Dussault, G. (1994) “La gestión de los servicios públicos de salud: características y exigencias” *Cuadernos Médico Sociales* N° 68, CESS-AMR, Rosario. pp 27-37.

- Enrí, G. (1991) “Proceso de salud-enfermedad y condiciones de pobreza. Rosario 1981”. *Cuadernos Médico Sociales* N° 56. CESS, Rosario.pp 59-68.
- Furtado, P.J. (2001)“Un método constructivista para a avaliacao em saúde”.*Ciencia & Saúde Coletiva* Vol.6 N° 1 Rio de Janeiro. pp 1-21.
- Guber, R. (2009) *El Salvaje Metropolitano*. Cap. 4, 5 y 6. Paidós. Buenos Aires.
- Kliksberg, B. y Sen, A. (2009) *Primero la Gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo desarrollado*. Temas Grupo Editorial, Buenos Aires.
- Municipalidad de Rosario. Secretaria de Salud. Sistema Municipal de Epidemiología (2006): “*Elaboración de indicadores complejos: Un proyecto de trabajo colectivo en el Distrito Noroeste*”, Rosario. 1-5. Disponible en www.rosario.gov.ar (fecha de acceso 22/06/2016).
- Milstein, D. (2003): *Higiene, autoridad y escuela. Madres, maestras y médicos. Un estudio acerca del deterioro del Estado*. Miño y Dávila Editores, Buenos Aires.
- Minayo, M. C. S.(1996) Capítulo 2: Fase Exploratória da Pesquisa en *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec. Abrasco. 4ta.Edição.. Editora Afiliada. São Paulo-Río de Janeiro.
- Minayo, M C, S. (2006) Cap 5: “Modalidades de abordagens comprensivas”. En *O desafio do conhecimento*. Ed revista y aprimorada. San Pablo: Editora HUCITEC.
- Onocko-Campos, R.; Furtado, J.P. (2006) “Entre a saúde coletiva e a saúde mental:um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde”, *Cad Saude Pública*. Rio de Janeiro. Vol 22 (5): pp 1053-1062.
- Ribeiro, JI.; Venâncio de Siqueira, S. y da Silva Pinto, L. (2010) “Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuarios”. *Ciencia & Saúde Coletiva* 15(2) Pp 517-527.
- Rodríguez, A.; Bisio, S; Maidana, M. y otros (2013) “Embarazo en niñas adolescentes. Evaluación del proceso de atención en los centros de salud del distrito oeste de la ciudad de Rosario” *Investigación en Salud*. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Municipal .Vol. 10 (1), pp 9-30.
- Rovere, M.; Luppi, I. y Muruaga; M. (Editores) (2011) *Evaluación de tecnologías en Atención Primaria. Articulación Universidad- Servicios por el derecho a la salud.-* Instituto de la Salud Juan Lazarte, Editorial Amalevi, Rosario. pp 9-30.
- Rovere, M (2013)“Atención Primaria de salud en debate”. En Programa de Educación Continua en Atención Primaria. El Ágora. Fondo Editorial. Pp 35-52.
- Sabino, Carlos. (1986). *El proceso de investigación*. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- Samaja, J. (2004): El proyecto de investigación. Sus partes y su lógica natural, en Samaja, J.:

Proceso, Diseño y Proyecto en Investigación Científica. JVE Ediciones, Bs As. pp 69-90.

- Sonis, A. y Col (1985) “*Actividades y Técnicas de Salud Pública*”. 4º edición. Edit El Ateneo: Bs As, Tomo II.
- Temporetti, F. y colab. (2008) “Salud mental en la infancia. Estudio epidemiológico de la población infantil de 3 a 13 años de la ciudad de Rosario”. Facultad de Psicología. UNR. Disponible en www.fpsico.unr.edu.ar.
- UNICEF (2005) *Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas prácticas*. Sistematización de experiencias, debate y conclusiones. UNICEF, Bs As. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/Sistematizacion_final.pdf.
- Villarreal, S. y otros (1998) “Inserción del Fonoaudiólogo en APS”, en *Actas del 7mo Congreso La Salud en el Municipio*, Secretaría de Salud Publica, Municipalidad de Rosario.
- Victora, C. (2015) “Progresos en la salud infantil en el mundo (y en Brasil)”. Universidad Federal de Pelotas. Asociación Epidemiológica Internacional. Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child Survival. The Lancet. Disponible en www.lancet.com/series.

ANEXOS

ANEXO I

GUIA DE ENTREVISTA A PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

Datos personales del entrevistado:

Profesional:

Centro de Salud:

Antigüedad en el CS:

EJES	ASPECTOS A RELEVAR
<i>INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN</i> <i>1-Primacía de acciones de promoción y prevención:</i>	<ul style="list-style-type: none">- <i>dedicación horaria en el CS de profesionales destinadas a atención a niños de 0 a 4 años</i>- <i>consultas atendidas por control de niño sano (espontánea y/o programada) sobre el total de las consultas;</i>- <i>se cuenta con los recursos físicos y materiales suficientes para la atención. Registros de la atención.</i> <p><i>Valoración de la práctica preventiva dentro del proceso de atención:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>prácticas que se priorizan (vacunas, peso-talla, etc);</i>- <i>importancia del seguimiento de niño de 0 a 4 años para la detección temprana de trastornos;</i>- <i>continuidad en la asistencia de los niños a consulta programada: quien da los turnos, si se hace por escrito, etc.; estrategias utilizadas en la comunicación con los responsables de los niños para lograr frecuencia en el seguimiento.</i>- <i>Opinión sobre el cumplimiento obligatorio de</i>

<p>2- Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación</p> <p>3- Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica</p> <p>4- Abordaje particular del niño</p>	<p><i>controles en los beneficiarios del Plan Nacer que reciben la AUH.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sobre otros profesionales que intervienen en la atención infantil del niño sano de 0 a 4 años</i> - <i>Actividades de promoción con participación comunitaria</i> - <i>Modo en que se coordinan las distintas intervenciones (actividades de promoción, detección y atención del proceso terapéutico)</i> - <i>factibilidad de la articulación de las acciones</i> - <i>dificultades y logros en la gestión de articular actividades.</i> - <i>modalidad de seguimiento de los casos</i> - <i>prioridades que se tienen en cuenta.</i> - <i>Forma en que se efectiviza la referencia a los restantes niveles de resolutivez para estudios complementarios e interconsultas</i> - <i>Derivación a especialistas en los otros niveles. Referencia y contrarreferencia ante la detección de una problemática;</i> - <i>Continuidad en el proceso de atención y modalidad de seguimiento de casos.</i> - <i>Valoración del contexto familiar y social del niño en el proceso de atención de la salud infantil.</i> - <i>Valoraciones personales acerca de la comunicación interpersonal con las madres de los niños.</i> - <i>Valoración acerca del cumplimiento de pautas y</i>
---	---

	<p><i>recomendaciones por parte de los responsables de los niños atendidos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Comunicación entre los miembros del equipo de salud. Forma de accionar frente a problemáticas particulares.</i>
--	---

ANEXO II

GUIA DE ENTREVISTAS A AUTORIDADES DE GESTION

Cargo:

Antigüedad en la gestión:

Otros antecedentes en APS:

EJES

ASPECTOS A RELEVAR

INTEGRALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN	
<i>1-Primacía de acciones de promoción y prevención:</i>	<ul style="list-style-type: none">- <i>Sobre la modalidad de control de Niño Sano de 0 a 4 años;</i>- <i>Estimación de las consultas atendidas por control de niño sano sobre el total de las consultas realizadas en los centros de salud seleccionados.</i>- <i>Modo en que se organiza la atención preventiva de salud de niños de 0 a 4 años ¿Cómo se registra la consulta de control niño sano?</i>- <i>número y disponibilidad de profesionales que intervienen en el proceso de atención de la salud infantil en dichos centros.</i>- <i>Satisfacción de necesidades de los diferentes actores que ejecutan o reciben la atención de control de salud infantil a partir de la implementación de la AUH. Valoración de logros y deficiencias observados</i>
2-Articulación de acciones de promoción, prevención y recuperación	<ul style="list-style-type: none">- <i>Modo en que se coordinan las actividades de promoción, prevención y atención;</i>- <i>Sobre articulación intersectorial ¿Cómo es la vinculación con otros sectores y organizaciones sociales?</i>- <i>su participación en la gestión para la satisfacción de</i>

<p>3-Garantía de atención en los otros niveles de complejidad de la asistencia médica:</p> <p>:</p> <p>4-Abordaje particular del niño:</p>	<p><i>necesidades de los diferentes actores en el proceso de atención de la salud infantil. Dificultades y logros.</i></p> <p><i>- forma de comunicación entre el personal de gestión y los miembros del equipo de salud en cada centro.</i></p> <p><i>- Forma en que se efectiviza la referencia a los otros niveles de resolutiveidad</i></p> <p><i>- Organización para la referencia en cada CS para la atención en el 2do nivel. Información: referencia y contrarreferencia</i></p> <p><i>- Estrategias de optimización de la articulación; valoración de logros y deficiencias observados</i></p> <p><i>-Intervención de la gestión en casos problemáticos;</i></p> <p><i>- Valoraciones personales respecto de las características y necesidades de la población que se atiende en los centros de salud seleccionados.</i></p> <p><i>- Su participación para la satisfacción de las demandas de los diferentes actores del proceso de atención de la salud infantil</i></p> <p><i>-Reuniones de la gestión con los equipos para el abordaje de problemáticas particulares.</i></p> <p><i>-¿Qué considera que caracteriza el proceso de atención del control de niño sano en este Centro, que se pueda destacar?</i></p>
--	--

ANEXO III

GUIA DE ENTREVISTAS A MADRES O RESPONSABLES DE NIÑOS ATENDIDOS

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Hijos: (n° y edades)

Fecha de nacimiento de niños:

Centro de Salud al que concurre:

Con quién vive:

Condición socio-económicas: *(datos extraídos de la HCF del CS)*

EJES

ASPECTOS A RELEVAR

ACEPTABILIDAD	
<p>NECESIDADES:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Motivo de consulta:</u> <i>por el cual concurre al Centro al momento de realizarle la entrevista (a corroborar con el registro posterior en la Historia Clínica familiar)</i> - <i>¿concurrencia espontánea o con turno programado para control del niño/a?</i> - <i>Se atiende en el Centro de Salud por: (elección por cercanía, adscripción, para vacunación, otros motivos)</i> - <i>¿Posee otra cobertura de salud?</i> - <i>¿Es el niño beneficiaria/o de AUH?</i> - <u>Momento de la consulta:</u> <ul style="list-style-type: none"> <i>¿Quién es el médico responsable del niño/a</i> - <i>Continuidad: ¿cada cuanto lleva al niño/a al Centro para control?</i> - <i>¿Cómo y cuándo sacó el turno? Tiempos de espera en turnos otorgados</i> - <i>Conformidad con la atención de su niña/o cuando la citan para los controles: obstáculos y/o inconvenientes.</i> -

<p>PERCEPCIONES:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>El niño/a alguna vez fue derivado/a por estudios complementarios, donde y por qué causa.</i> - <i>Valoración sobre la asistencia a la consulta de control de niño sano ¿Sabe por qué se hace el seguimiento de los niños?</i> - <i>conformidad con la comunicación y escucha por parte de los profesionales(.por ej: explicaciones sobre alimentación, cuidados, en forma oral/escrito)</i> - <i>sobre las respuestas del médico ante sus preguntas o dudas respecto del crecimiento y desarrollo de los niños/as</i> - <i>Acerca de los Talleres de acompañamiento del desarrollo de niños/as hasta 3 años; Talleres de Cepillado y/o actividades propuestas por el centro de salud:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>participó o participa actualmente?</i> - <i>aprendizajes alcanzados respecto de cuidado de la salud de los niños/as</i>
-----------------------------	---

ANEXO IV

PLANILLA DE BASE DE DATOS de MADRES EXTRAIDAS DE HISTORIAS CLINICAS Y ENTREVISTAS

MADRE de Niño/a	HCF N°	Médico a cargo	EDAD de la madre	Total HIJOS	Escolaridad	Trabaja	Grupo conviviente s/entrevista	Sustento económico	Datos situación socio- econom. Familia en HC	Familiograma en HC	AUH	Motivo asistencia a CS	Conformidad atención
--------------------	-----------	-------------------	------------------------	----------------	-------------	---------	--------------------------------------	-----------------------	---	-----------------------	-----	------------------------------	-------------------------

PLANILLA Base de Datos ATENCIÓN DE LOS NIÑOS EXTRAIDOS DE HCF

Niño/a	Edad	Pre- ter min o	Control 1er mes	2do	3er	4to	5to	6to	8vo	10m	12 m	15m	18m	21m	24m	30m	3año s	4años	Derivado para	Vacun as en HC	Ficha C y D	Total contro les	Total cons 1er año	Cons. por enfer medad
--------	------	-------------------------	--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------	-----	-----	-----	-----	-----	-----------	-------	------------------	----------------------	----------------	------------------------	-----------------------------	--------------------------------

ANEXO V

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL INFANTIL⁶⁷

Entre sus objetivos específicamente se trabaja en:

- Reducción de la morbilidad y mortalidad infantil por patologías prevalentes.
- Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud
- Mejoramiento del control de salud del niño. Monitoreo del crecimiento
- Valoración y promoción del desarrollo infantil en el marco del cuidado del niño

Las acciones de este Programa apuntan a mejorar la cobertura y calidad de la **atención del niño en forma integral**, tanto en el control del niño sano, incorporando la mirada del desarrollo infantil en las tareas regulares del equipo de salud, como en el abordaje de las patologías prevalentes de la infancia.

Para el control del niño sano: Se impulsa la transformación del modelo de atención, hacia una atención planificada centrada en la prevención y promoción de la salud.

Esta perspectiva implica **reorganizar la oferta y la demanda** a partir de una atención programada, dependiendo de la cantidad de controles adecuados para cada niño en función de su edad. Asimismo, se promueve **mejorar la calidad del control** en todos sus aspectos:

- control del crecimiento,
- vacunación completa para la edad,
- seguimiento del desarrollo,
- especial énfasis en la detección temprana y seguimiento de desnutridos.

Para el abordaje de las patologías prevalentes de la infancia, las acciones tendientes a mejorar la calidad de la atención que se promueven desde el nivel nacional se centran particularmente en:

- prevención y tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA),
- prevención y tratamiento de enfermedad diarreica,
- prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

El objetivo es reducir la morbilidad y mortalidad en niños menores de 6 años y fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud.

⁶⁷ Rossen, M y colab: Módulo 5:: Políticas de Salud- en Posgrado en Salud Social y Comunitaria- Programa Médicos Comunitarios- Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, Bs As, 2010- pp94

Nomenclador

sumar

es más
salud pública

Embarazo/ parto/ puerperio

NOMENCLADOR ÚNICO PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PROVINCIALES PÚBLICOS DE SALUD (PDSPS)

Grupo Embarazo/parto/puerperio

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ANTERIOR		CÓDIGO ACTUAL	
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	CONSULTAS	Control prenatal de 1ra.vez	MEM01	REM76	CT C005	W78
		Ultior de control prenatal	MEM02	REM77	CT C006	W78
		Educación para la salud en embarazo (bio-psico-social)	MEM04		CT C001	W78
	INMUNIZACIÓN	Dosis aplicada de inmunización doble adultos en embarazo	MEM07 A	REM81 A	IM V010	A98
		Dosis aplicada de vacuna antigripal en embarazo	MEM07 B	REM81 B	IM V013	A98
		Dosis aplicada de inmunización puerperal doble viral (Rubéola)	MPU23 A	RPU85 A	IM V011	A98
		Dosis aplicada de vacuna antigripal en puerperio	MPU23 B	RPU85 B	IM V013	A98
	PRÁCTICA	Toma de muestra para PAP (incluye material descartable)	MEM73	RLM97	PR P018	W78
		Colposcopia en control de embarazo (incluye material descartable)	LMI50	RLM96	PR P002	W78
	LABORATORIO	Laboratorio de control prenatal de 1ra. vez (incluye: grupo y factor, hemoglobina, glucemia, orina completa, VDRL, Chagas, VIH, toxoplasmosis y Hbs antígeno)	LMI44		LB Lxxx	W78
		Laboratorio Ultior de Control Prenatal (Incluye Hemoglobina, Glucemia, Orina Completa, VDRL, VIH)	LMI45		LB Lxxx	W78
	CONSEJERÍA	Consejería puerperal en SS y R; lactancia materna y puericultura (prevención de muerte súbita y signos de alarma)	MPU21	RPU84	CO T017	W86
		Carta de derechos de la mujer embarazada indígena	CMi63	RCM105	CO T019	W78
	CAPTACIÓN	Búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de Salud	CMi62	RCM104	CA W001	A98
		Búsqueda activa de embarazadas con abandono de controles, por agente sanitario y personal de salud	CMi68	RCM110	CA W002	A98
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Lectura de la muestra tomada en mujeres embarazadas, en laboratorio de Anatomía Patológica/Citología con diagnóstico firmado por anátomo-patólogo matriculado (CA cervicouterino)	MEM72		AP A001	W78
SALUD BUCAL	CONSULTA	Odontológica prenatal - profilaxis	MEM03	REM78	CT C010	W78
	PRÁCTICA	Inactivación de policaries activas o incipientes	MEM122		PR P026	W78
DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	CONSULTA	Control prenatal de embarazo de alto riesgo	MER08		CT C007	W84
		Consulta con especialistas por embarazo de alto riesgo (cardiología, endocrinología, genética, infectología, nefrología)	MER 09		CT C016	Ver Matriz Diag.
		Atención y tratamiento ambulatorio de hipertensión arterial	MER12		CT C007	K86
ANEMIA DEL EMBARAZO	CONSULTAS	Atención y tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo (inicial)	MEM06	REM80	CT C005	B80
		Atención y tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo (ulterior)			CT C006	B80
		Atención y tratamiento ambulatorio de anemia grave del embarazo (no incluye hemoderivados)	MER13		CT C007	B80
HEMORRAGIAS EMBARAZO	CONSULTA	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre	MER14		CT C007	W06
	INTERNACIÓN	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre (clínica obstetrica)	MER14		IT E004	W06
		Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre (quirúrgico)			IT Q005	W06
		Tratamiento de la hemorragia del 2do.Trimestre (clínica obstetrica)	MER15		IT E005	W07
		Tratamiento de la hemorragia del 2do.Trimestre (quirúrgico)			IT Q006	W07
		Tratamiento de la hemorragia del 3er. Trimestre (clínica obstetrica)	MER16		IT E006	W08
		Tratamiento de la hemorragia del 3er. Trimestre (quirúrgico)			IT Q007	W08
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	CONSULTA	Atención y tratamiento ambulatorio de infección urinaria en embarazada	MEM05	REM79	CT C005	U71
		Atención y tratamiento ambulatorio de sífilis e ITS en embarazo	MER10	RER82	CT C007	D72; X70; X71; X90; X91; X92
		Atención y tratamiento ambulatorio de VIH en la embarazada	MER11		CT C007	B90

ATENCIÓN DEL PARTO	INTERNACIÓN	Atención de parto y recién nacido	MPA17		IT Q001	W90; W91
		Cesárea y atención del recién nacido	MPA18		IT Q002	W88; W89
ATENCIÓN DEL PUERPERIO	CONSULTA	Puerperio inmediato	MPU19	RPU83	CT C001	W86
		Tratamiento ambulatorio de complicaciones de parto en puerperio inmediato (inicial)	MPU20		CT C005	W17; W70; W71; W94
		Tratamiento ambulatorio de complicaciones de parto en puerperio inmediato (ulterior)			CT C006	W17; W70; W71; W94

Niños y niñas

0 a 6 años

NOMENCLADOR ÚNICO PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PROVINCIALES PÚBLICOS DE SALUD (PDSPS)

Grupo Neonato (48 horas)

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ANTERIOR		CÓDIGO ACTUAL	
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIÓN	Dosis aplicada de inmunización de recién nacido (BCG antes del alta y Hepatitis B en primeras 12 hs de vida)	NNE31		IM V012 IM V009	A98
	PRÁCTICA	Otoemisiones acústicas para Detección temprana de hipoacusia en RN	NNE114		PR P021	A97; H86
		Pesquisa de la retinopatía del prematuro: Oftalmoscopia binocular indirecta (OBI) a todo niño de riesgo	NNE24		PR P017	A46; A97
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN VERTICAL	INTERNACIÓN	Tratamiento inmediato de sífilis congénita en RN	NNE26		IT E002	A41
		Tratamiento inmediato de transmisión vertical de VIH en RN	NNE27		IT E002	A42
		Tratamiento inmediato de Chagas congénito	NNE29		IT E002	A40
TRATAMIENTO PRE-REFERENCIAL	INTERNACIÓN	Tratamiento inmediato de trastornos metabólicos (estado ácido base y electrolitos) en RN	NNE28		IT E002	A44
		Atención de RN con condición grave al nacer (tratamiento pre-referencial)	NNE25		IT E002	Ver Matriz Diag.
	INCUBADORA	Incubadora hasta 48 hs en RN	NNE30		IC IO01	Ver Matriz Diag.

Niños y niñas de 0 a 6 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ANTERIOR		CÓDIGO ACTUAL	
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	CONSULTA	Consulta buco-dental en salud en niños menores de 6 años	NPE40	RPE 92	CT C010	A97
		Consulta oftalmológica en niños de 5 años	NPE39		CT C011	A97
		Pediátrica en menores de 1 año	NPE32	RPE 86	CT C001	A97
		Pediátrica de 1 a 6 años	NPE33	RPE 87	CT C001	A97
		Consultas con pediatras especialistas en Cardiología, Nefrología, Infectología, Gastroenterología	NPE38		CT C016	Ver Matriz
		Consulta pediátrica de menores de 6 años en emergencia hospitalaria	Diagn.			
	INMUNIZACIONES	Dosis aplicada de inmunización Anti-amarílica en niños de 12 meses en departamentos de riesgo	NPE42F	RPE 84F	IM V007	A98
		Dosis aplicada de inmunización Cuádruple en niños de 18 meses o actualización de esquema	NPE42C	REP94C	IM V004	A98
		Dosis aplicada de inmunización para Hepatitis A en niños de 12 meses o actualización de esquema	NPE42D	RPE94D	IM V005	A98
		Dosis aplicada de inmunización Pentavalente en niños de 2, 4, y 6 meses o actualización de esquema	NPE42B	RPE94B	IM V003	A98
		Dosis aplicada de inmunización Triple Bacteriana Celular en niños de 6 años o actualización de esquema	NPE42E	RPE94E	IM V006	A98
		Dosis aplicada de Sabín en niños de 2, 4, 6 y 18 meses y 6 años o actualización de esquema	NPE42A	RPE94A	IM V002	A98
		Dosis aplicada de vacuna triple viral en niños menores de 6 años	NPE41	RPE93	IM V001	A98
		Dosis aplicada de vacuna antigripal en niños de 6 a 24 meses o en niños mayores con factores de riesgo	NPE42 G	RPE94G	IM V013	A98
	CAPTACIÓN ACTIVA	Búsqueda activa de niños con abandono de controles, por agente sanitario y personal de salud	CMi68	RCM110	CA W003	A98

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Atención ambulatoria con suplementación vitamínica a niños desnutridos menores de 6 años (inicial)	NPE35	RPE88	CT C001	T91
		Atención ambulatoria con suplementación vitamínica a niños desnutridos menores de 6 años (ulterior)			CT C002	T91
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	CONSULTA	Atención ambulatoria de infección respiratoria aguda en niños menores de 6 años (inicial)	NPE37	RPE90	CT C001	R74
		Atención ambulatoria de infección respiratoria aguda en niños menores de 6 años (ulterior)			CT C002	R74
	PRÁCTICA	Kinesiología ambulatoria en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 6 años (5 sesiones)	NPE74	RPE91	PR P011	R25; R78; R81
	INTERNACIÓN < 16HS	Internación abreviada SBO (Prehospitalización en ambulatorio)	NPE116	RPE124	IT E001	R78
	INTERNACIÓN > 16 HS	Internación abreviada SBO (24- 48 hs de internación en hospital)	NPE120		IT E002	R78
		Neumonía	NPE121		IT E003	R81
HIPOACUSIA	CONSULTA	Consulta de niños con especialistas (hipoacusia en lactante No pasa con Otoemisiones acústicas)	NPE118		CT C001	A97; H86
	PRÁCTICA	Rescreening de hipoacusia en lactante No pasa con BERA	NPE119		PR P022	A97; H86
		Rescreening de hipoacusia en lactante No pasa con Otoemisiones acústicas	NPE117		PR P021	A97; H86
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	CONSULTA	Atención ambulatoria de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 años (inicial)	NPE36	RPE89	CT C001	D11
		Atención ambulatoria de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 años (ulterior)			CT C002	D11
	INTERNACIÓN < 16HS	Posta de Rehidratación: Diarrea aguda en ambulatorio	NPE115	RPE123	IT E001	D11

Cardiopatías Congénitas

NOMENCLADOR ÚNICO PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PROVINCIALES PÚBLICOS DE SALUD (PDSPS)

Cardiopatías Congénitas

GRUPO	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	
SUBGRUPO	DIAGNÓSTICO / SEGUIMIENTO POST ALTA	
CÓDIGO	CÓD. N.U.	PRÁCTICA
K 1.1.0	NPE 38	Consulta con especialista
K 1.1.1	IMI 59	Electrocardiograma en niños menores de 6 años
K 1.1.2	IMI 58	Eco-doppler en niños menores de 6 años
K 1.1.3	IMI 54	Rx tórax F y P en niños menores de 6 años
K 1.1.4	LMI46.32	Hemograma completo
K 1.1.5	LMI 47.9	Ionograma plasmático y orina
K 1.1.6	LMI 46.16	Estado ácido base
K 1.1.7	LMI 46.54	Urea
K 1.1.8	LMI 46.12	Creatinina serica
K 1.1.9	LMI 46.24	Glicemia
K 1.1.10	LMI 46.10	Colesterol
K 1.1.11	LMI 46.36	LDH
K 1.1.12	LMI 46.28	Grupo y factor
K 1.1.13	LMI 46.49	Tiempo de coagulación y sangría
K 1.1.14	LMI 46.51	Transaminasas TGO/TGP
K 1.1.15	LMI 47.3	ASTO
K 1.1.16	LMI 49.21	VIH Elisa
K 1.1.17	LMI 47.15	Serología para Chagas (Elisa)

PRÁCTICAS DIAGNÓSTICAS A SER CUBIERTAS POR EL FONDO DE ASEGURAMIENTO SOLIDARIO	
CÓDIGO	PRÁCTICAS
K 1.2.0	Ergometría
K 1.2.1	Holter de 24 hs
K 1.2.2	Presurometría
K 1.2.3	Hemodinamia Diagnóstica
K 1.2.4	Resonancia magnética
K 1.2.5	Tomografía

GRUPO	PRÁCTICAS DIAGNÓSTICAS A SER CUBIERTAS POR EL FONDO DE ASEGURAMIENTO SOLIDARIO
SUBGRUPO	TRASLADO
CÓDIGO	MÓDULO
K 2.0.1	Servicio de Transporte de Alta Complejidad de neonato con diagnóstico de CC (hasta 4 hs.)
K 2.0.2	Horas adicionales excedidas del módulo de Transporte de Alta Complejidad (más de 4 hs. - por hora)

SUBGRUPO	TRATAMIENTO
CÓDIGO	MÓDULO
K 3.0	Prácticas de Alta Complejidad CCC I (patología sin CEC en pacientes no neonatos)
K 3.1	Prácticas de Alta Complejidad CCC II (pacientes sin CEC neonatos)
K 3.2	Prácticas de Alta Complejidad CCC III (pacientes con CEC y Baja Complejidad – CIA)
K 3.3	Prácticas de Alta Complejidad CCC IV (pacientes con CEC y Baja Complejidad – CIV simple sin otras malformaciones)
K 3.4	Prácticas de Alta Complejidad CCC V (pacientes con CEC y Mediana Complejidad no neonatos – CIV con otras patologías asociadas)
K 3.5	Prácticas de Alta Complejidad CCC VI (pacientes con CEC y Alta Complejidad neonatos – TGV y otros similares)
K 3.6	Prácticas de Alta Complejidad CCC VII

Embarazo de Alto Riesgo

NOMENCLADOR ÚNICO PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PROVINCIALES PÚBLICOS DE SALUD (PDSPS)

Embarazo de Alto Riesgo Vigente desde 01/01/2012

NOSOLOGÍA/ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO
NOTIFICACIÓN DE RIESGO	CONSULTA	Consulta de Notificación de Riesgo	NT N004
		Referencia por embarazo de alto riesgo de Nivel 1 a Niveles 2 ó 3	NT N005
		Referencia por embarazo de alto riesgo de Nivel 2 ó 3 a niveles de complejidad superiores	NT N006
HIPERTENSIÓN	CONSULTA	Consulta inicial de la embarazada hipertensión crónica	CT C007
		Consulta de seguimiento de la embarazada con hipertensión crónica	CT C016
		Consulta inicial de hipertensión gestacional	CT C007
		Consulta de seguimiento de la hipertensión gestacional	CT C016
		Consulta con oftalmología	CT C011
		Consulta con cardiología	CT C001
		Consulta con nefrología	CT C001
		Proteinuria rápida con tira reactiva	PR P030
	LABORATORIO	Hemograma	LB L057
		Coagulograma con fibrinogeno	LB L132
		Glucemia	LB L045
		Uricemia	LB L002
		Creatinina sérica	LB L022
		Creatinina urinaria (24 hs)	LB L021
		Proteinuria (24 hs)	LB L090
		Enzimas hepáticas (Transaminasas, fosfatasa alcalina, gamma GT)	LB L112 LB L040 LB L044
		Bilirrubina	LB L012
		LDH	LB L052
		Orina Completa	LB L079
	IMÁGENES	Ecografía Obstétrica	IG R031
		Eco doppler fetal	IG R037
		Ecografía renal	IG R038
	PRÁCTICAS	Monitoreo fetal anteparto	PR P031
	CONSULTA PUERPERIO	Consulta seguimiento puerperio de paciente con hipertensión	CT C018
DIABETES GESTACIONAL	CONSULTA	Consulta inicial de diabetes gestacional	CT C007
		Consulta de seguimiento de diabetes gestacional	CT C016
		Consulta con oftalmología	CT C011
		Consulta con cardiología	CT C001
		Consulta con endocrinólogo	CT C001
		Consulta con nutricionista	CT C001
	LABORATORIO	Hemograma	LB L057
		Coagulograma	LB L132
		Hemoglobina glicosilada	LB L056
		Fructosamina	LB L133
		Glucemia	LB L045
		Uremia	LB L117
		Uricemia	LB L002
		Creatinina sérica	LB L022
		Creatinina urinaria	LB L021
		Proteinuria	LB L090
		Urocultivo	LB L118
		Prueba de tolerancia oral a la glucosa (P75)	LB L094
	IMÁGENES	Ecografía Obstétrica	IG R031
		Ecocardiograma fetal	IG R039
	PRÁCTICAS	Monitoreo fetal anteparto	PR P031
		Electrocardiograma	PR P004
	CONSULTA PUERPERIO	Consulta seguimiento puerperio paciente con diabetes gestacional	CT C018
		Consulta puerperio con Nutricionista	CT C018

HEMORRAGIA POST PARTO	CONSULTA PUERPERIO	Consulta seguimiento puerperio en hemorragia post parto	CT C018
	IMÁGENES	Ecografía ginecológica	IG R008
	LABORATORIO	Hemograma	LB L057
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	CONSULTA POST ALTA	Consulta seguimiento post alta	CT C017
	IMÁGENES	Ecografía ginecológica	IG R008
	PRÁCTICAS	Electrocardiograma	PR P004
		Monitoreo fetal anteparto	PR P031

Embarazo de Alto Riesgo Internación

HIPERTENSIÓN EN EMBARAZO

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS: PREECLAMPSIA GRAVE ECLAMPSIA SÍNDROME HELLP NIVEL III	INTERNACIÓN	7 DÍAS EN UTI y SALA DE ALTO RIESGO

IT E007

INCLUYE	MEDIA UTILIZACIÓN
Controles	
Control TA	Cada 4 hs x día
Control Diuresis	Cada 6 hs x día
Reflejo Rotuliano	Cada 4 hs x día
Signos Vitales	Cada 4 hs x día
Control de Movim Fetales	Cada 4 hs x día
Control Dinámica Uterina	Cada 4 hs x día
Laboratorio	
Hemograma con Recuento de Plaquetas	1 x día
Coagulograma	1 x día
TGO-TGP	1 x día
LDH	1 x día
Creatinina	1 x día
Clearence de Creatinina	1 cada 3 días
Uricemia	1 x día
Frotis en Sangre Periférica	1
Proteinuria en 24 Hs	1 cada 3 días
Proteinuria Por Tiras Reactivas	1
Sedimento Urinario	1
Métodos Auxiliares Maternos	
Ecografía Hepática	1
Ecografía Renal	1
Tac de Cerebro (En Caso de Sospecha Clínica de Complicación Neurológica)	1
Estudios de Salud Fetal	
Ecodoppler Fetal	1 cada 3 a 7 días
Ecografía Obstétrica	1 cada 14 días
Monitoreo Fetal Anteparto	1 cada 3 días
Monitoreo Fetal Intraparto	1
Tratamiento	
Labetalol	Ampollas 1 a 4 x día + comprimidos cada 6-12 hs
Nifedipina	Comprimidos cada 6-12 hs
Sulfato de Magnesio	Bolo 4 ampollas de 5 ml + 16 ampollas de mantenimiento en 24 hs
Corticoides Para Maduración Pulmonar Fetal en Embarazos de 24 a 34 Semanas	Betametasona 12 mg (amp) cada 24 hs: total 2

HEMORRAGIA POSTPARTO

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
HEMORRAGIA POST PARTO NIVEL III	INTERNACIÓN	CON HISTERECTOMIA 7 DÍAS (3 EN UTI y 4 EN SALA) SIN HISTERECTOMIA 4 DÍAS EN SALA

IT Q008

INCLUYE		MEDIA UTILIZACIÓN
Controles		
Examen Detallado de Vagina Cervix y Perine	1	
Control de Frecuencia Cardiaca	Cada 6 hs	
Control de Tensión Arterial	Cada 6 hs	
Palpación Uterina	2	
Evaluación Clínica	1	
Evaluación Hemodinámica	1	
Laboratorio		
Hemograma con Recuento de Plaquetas	Cada 12 hs	
Coagulograma	1	
Grupo y Factor	1	
TGO-TGP	1	
LDH	1	
Uremia	1	
Creatinina	1	
Fibrinogeno	1	
Productos de Degradación del Fibrinogeno (Pdf)	Cada 12 hs	
Hemoterapia		
Transfusión de Glób Rojos, Plaquetas y Otros Hemoderivados	A demanda	
Tratamiento		
Anomalía de La Contractilidad	Masaje Uterino	
	Compresión Bimanual del Útero	
	Drogas Ocitocicas: Ocitocina, Metilergonovina, Carbetocina	Ocitocina hasta 60 UI (Amp)- Metilergonovina: 0,2 mg: hasta 5 amp /día Carbetocina (amp): Dosis única
	Quirúrgico: Conservador: Suturas Hemostáticas Histerectomía Subtotal y Total	1
Traumáticas	Reparación Quirúrgica de los Desgarros	1
Retención de Productos de La Gestación	Administración de Atb	Cefazolina / Cefalotina: 1g Ev pre y post intervención
	Remoción Manual Alumbramiento Manual. Raspado Uterino	1
Coagulopatías	Transfusión de Plaquetas y Otros Hemoderivados	Según necesidad

AMENAZA DE PARTO PREMATURO (APP)

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
AMENAZA DE PARTO PREMATURO NIVEL III	INTERNACIÓN	5 DÍAS

IT E008

INCLUYE	MEDIA UTILIZACIÓN
Controles	
Signos Vitales	c/ 6 hs
Control de Frecuencia Cardíaca Fetal y Materna	c/ 6 hs
Control Dinámica Uterina	c/ 6 hs
Control Vitalidad Fetal: Mov Fetales	c/ 6 hs
Laboratorio	
Hemograma	1
Uremia	1
Glucemia	1
Hepatograma	1
Sedimento Urinario	1
Urocultivo	1
Cultivo de Flujo Cericovaginal	1
Cultivo Para SGB	1
Métodos Auxiliares Maternos	
Ecografía Transvaginal	1
Electrocardiograma C/ Evaluación Cardiología	1
Estudios de Salud Fetal	
Ecografía Obstétrica	1
Monitoreo Fetal Anteparto (A Partir de 32 Sem)	1 por semana
Tratamiento	
Drogas Uteroinhibidores	Ritrodine - Hexoprenalina- Isoxuprina (amp) Indometacina (comp) en menores a 32 sem
Corticoides Para Maduración Pulmonar Fetal en Embarazos Menores de 34 Semanas	Betametasona (amp 12 mg/ día): 2 dosis
Antibióticos	Penicilina G sódica (ampollas) o Ampicilina (ampollas) + Azitromicina (comp)

DIABETES GESTACIONAL

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
DIABETES GESTACIONAL NIVEL III	INTERNACIÓN	7 DÍAS

IT E009

INCLUYE	MEDIA UTILIZACIÓN
Controles	
Signos vitales	c/6 hs
Control TA	c/6 hs
Control vitalidad fetal	c/6 hs
Control dinámica uterina	c/6 hs
Control de Glucemias	Pre y post prandiales
Laboratorio	
Hemograma	1
Glucemia (tiras reactivas)	6 x día
Urocultivo	1
Métodos auxiliares maternos	
Ecografía obstétrica	1 a las 34 semanas (valoración peso fetal)
Estudios de salud fetal	
Monitoreo fetal anteparto	1 x semana en paciente sin insulina 1 cada 72 hs en pacientes con insulino terapia a partir de 32 sem
Tratamiento	
Insulinoterapia	Cada 12 hs

EMBARAZO DE ALTO RIESGO HOSPITAL DE DÍA

PATOLOGÍA	MÓDULO	PATOLOGÍA	MÓDULO	PATOLOGÍA	MÓDULO
RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO: PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL NIVEL II o III	HOSPITAL DE DÍA	HIPERTENSIÓN EN EMBARAZO NIVEL II o III	HOSPITAL DE DÍA	DIABETES GESTACIONAL NIVEL II o III	HOSPITAL DE DÍA

IT E012

CONTROL	INCLUYE	MEDIA UTILIZACIÓN
Control	TA, edemas, dinámica uterina, FCF	1
Laboratorio	Control de glucemias pre y post prandial	6 determinaciones
	Hemograma, Ac úrico, Creatinina, Proteinuria 24 hs o por tiras	1
Imágenes	Ecografía obstétrica	1
Prácticas	Monitoreo fetal (en mayores 32 sem)	1

IT E011

CONTROL	INCLUYE	MEDIA UTILIZACIÓN
Control	TA, edemas, dinámica uterina, FCF	1
Imágenes	Ecografía obstétrica	1
	Ecodoppler	1
Laboratorio	Hemograma con rto plaquetas, hepatograma, ac úrico, creatinina, Uremia, KPTT, Tº protrombina, Proteinuria por tira. Proteinuria 24 hs	1
Prácticas	Monitoreo fetal (en mayores 32 sem)	1
	ECG	1

IT E010

CONTROL	INCLUYE	MEDIA UTILIZACIÓN
Control	TA, edemas, dinámica uterina, Altura Uterina, FCF	1
Imágenes	Ecografía Obstétrica	1
	Eco Doppler	1 (embarazos ≥32 semanas)
Laboratorio	Hemograma con RTo plaquetas, hepatograma, ac úrico, creatinina, Uremia, KPTT, Tiempo de protrombina, Proteinuria por tira. Proteinuria 24 hs	1
Prácticas	Monitoreo Fetal	1

REPORTES EMBARAZO DE ALTO RIESGO

• Reporte N°1: Preeclampsia/ Eclampsia/ Síndrome Hellp	• Reporte N°2: DBT gestacional	• Reporte N°3: Amenaza de parto prematuro	• Reporte N°4: Hemorragia postparto	• Reporte N°5: Hospital de día
---	---------------------------------------	--	--	---------------------------------------

NOMENCLADOR EMBARAZO ALTO RIESGO TRASLADO

TL M041

MÓDULO	DEFINICIÓN	INCLUYE	REPORTES
TRASLADO DE LA GESTANTE CON DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DEL EMBARAZO; APP O MALFORMACIÓN FETAL MAYOR A CENTRO DE REFERENCIA	Traslado de la gestante con el diagnóstico de patología del embarazo, de APP, o con un diagnóstico intrauterino de malformación fetal mayor NIVEL DE COMPLEJIDAD: TODOS LOS NIVELES	Compensación de la paciente.	Reporte 1: Traslado de la gestante con el diagnóstico de patología del embarazo, de APP, o con un diagnóstico intrauterino de malformación fetal mayor
		Accesos venosos	
		Soporte respiratorio	
		Medicación	
		Ambulancia equipada adecuadamente.	
		Traslado aéreo, si corresponde	
		Médico y enfermero capacitados en este tipo de pacientes	
		Historia clínica completa	

Recién Nacido de Alto Riesgo

NOMENCLADOR NEONATAL - PREMATUREZ

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
RNPT de 500 a 1500g con requerimiento de ARM o CPAP Atención de los bebés prematuros (500 a 1500g) durante los primeros días de vida NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL III B	INTERNACIÓN	30 DÍAS

IT E013

INCLUYE	MEDIA UTILIZACIÓN	EXCLUYE
Termorregulación	Incubadora de Utí	<ul style="list-style-type: none"> › Oxido nítrico › ECMO › Cirugía del ductus (incluido en el programa de cardiopatía congénita). › Diálisis peritoneal o de otro tipo. › Láser para ROP
CPAP	14 Días	
ARM en cualquiera de sus modalidades	14 Días	
Surfactante	2 Dosis	
Canalización vasos umbilicales	2 Cateteres	
Vía percutánea	2 Set	
Drogas vasoactivas	Dopamina, Dobutamina, Milrinona	
Antibióticos tratamiento empírico inicial y luego según antibiograma	Ampicilina, Gentamicina, Ceftriaxona, Vancomicina, Meropenem	
Monitoreo de signos vitales.		
Hidratación parenteral, expansores.		
Hemoterapia	Sangre y plasma	
Nutrición parenteral total (NPT)	14 días promedio	
Descartables		
Laboratorio		
Gases en sangre arterial	Hasta 3 por Día	
Glucemia, clacemia, ionograma, bilirrubinemia, cultivos	Hasta 2 por Día (Primeros 7 Días). 1 por Día (Resto de los Días)	
Hemograma, hepatograma, calcio, fósforo, FAL, proteinograma, coagulograma.	Hasta Dos Veces por Semana	
Métodos auxiliares		
Radiografía	Según evolución	
Ecografía cerebral y/o abdominal	1 por Semana	
Equipo médico		
Neonatólogos de planta		
Neonatólogos de guardia		
Enfermera	1 Cada 1 y 2 Niños	
Medidas de prevención de ROP y DBP. ¹		

REPORTES

- **Reporte N° 3:** Ingreso del RNPT o RN quirúrgico a la UTI neonatal
- **Reporte N° 4:** Atención del RNPT o RN quirúrgico en UTI. Informe a los 30 días del ingreso

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
RNPT de 500 a 1500g sin requerimiento de ARM o CPAP Atención de los bebés prematuros (500 a 1500g) durante los primeros días de vida, sin requerimiento de ARM ni CPAP. NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL III B	INTERNACIÓN	30 DÍAS

IT E014

INCLUYE	MEDIA UTILIZACIÓN	EXCLUYE
Termorregulación	Incubadora	<ul style="list-style-type: none"> › Oxido nítrico › ECMO › Cirugía del ductus (incluido en el programa de cardiopatía congénita). › Diálisis peritoneal o de otro tipo. › Láser para ROP
Canalización vasos umbilicales	2 cateteres	
Vía percutánea	2 set	
Drogas vasoactivas	Dopamina Dobutamina	
Antibióticos tratamiento empírico inicial y luego según antibiograma	Ampicilina Gentamicina Vancomicina Meropenem	
Monitoreo de signos vitales.		
Hidratación parenteral, expansores.		
Hemoterapia	Sangre y plasma	
Nutrición parenteral total (NPT)	14 días	
Descartables		
Laboratorio		
Gases en sangre arterial	Hasta 3 por día	
Glucemia, calcemia, ionograma, bilirrubinemia, cultivos.	Hasta 2 por día (primeros 7 días) 1 por día (resto de los días)	
Hemograma, hepatograma, calcio, fósforo, FAL, proteinograma, coagulograma.	Hasta dos veces por semana	
Métodos auxiliares		
Radiografía	Según evolución	
Ecografía cerebral y/o abdominal	1 por semana	
Equipo médico		
Neonatólogos de planta		
Neonatólogos de guardia		
Enfermera	1 cada 4 niños	

REPORTES

- **Reporte N° 3:** Ingreso del RNPT o RN quirúrgico a la UTI neonatal
- **Reporte N° 4:** Atención del RNPT o RN quirúrgico en UTI. Informe al egreso del módulo (30 días)

Vigente desde 01/01/2012

NOMENCLADOR NEONATAL - QUIRÚRGICO

ATRESIA ESOFÁGICA

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
Cualquiera de los tipos de atresia esofágica NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL III B	QUIRÚRGICO	16 DÍAS DE INTERNACIÓN

IT Q009

DÍA PREQUIRÚRGICO	CIRUGÍA	DÍAS POST-QUIRÚRGICOS
Incluye	Incluye	Incluye
<ul style="list-style-type: none"> › 1 día de estada en UTI neonatal › Estudios imagenológicos simples y contrastados › Estabilización clínica del paciente › Laboratorio: hemograma, EAB, ionograma, uremia, glucemia, coagulograma, grupo sanguíneo, cultivos, › Riesgo quirúrgico: consulta cardiológica, ECG, ecocardiografía (si corresponde) › Evaluación pre-anestésica 	<ul style="list-style-type: none"> › Cierre de fistula (si corresponde) › Gastrostomía (si corresponde) › Anastomosis de cabos esofágicos (si corresponde) › Drenaje extrapleuraleal (si corresponde) › Cateter venoso central › Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> › 5 días de estada en UTI neonatal (con o sin ARM) › Hidratación parenteral Sangre, expansores, si corresponde Nutrición parenteral › Drogas vasoactivas, si corresponden Dopamina, dobutamina, otras › Antibióticos, si corresponden Ampicilina, gentamicina, ceftriaxona, amikacina, vancomicina, meropenem › Laboratorio, Radiología, Ecografía. (Ver módulo de RNPT con requerimiento de ARM) › 10 días de estada en CUIDADOS INTERMEDIOS (ver módulo de RNPT con requerimiento de ARM)

REPORTES

- **Reporte N° 3:** Ingreso del RNPT o RN quirúrgico a la UTI neonatal
- **Reporte N° 4:** Atención del RNPT o RN quirúrgico en UTI. Informe al egreso del módulo (16 días)

GASTROQUISIS

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
Defecto del cierre de la pared abdominal, excluido el onfalocele NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL III B	QUIRÚRGICO	16 DÍAS DE INTERNACIÓN

IT Q010

DÍA PREQUIRÚRGICO	CIRUGÍA	DÍAS POST-QUIRÚRGICOS
Incluye	Incluye	Incluye
<ul style="list-style-type: none"> › 1 día de estada en UTI neonatal › Estudios imagenológicos simples y contrastados › Estabilización clínica del paciente › Laboratorio: hemograma, EAB, ionograma, uremia, glucemia, coagulograma, grupo sanguíneo, cultivos, › Riesgo quirúrgico: consulta cardiológica, ECG, ecocardiografía (si corresponde) › Evaluación pre-anestésica 	<ul style="list-style-type: none"> › Cierre primario de la pared abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> › 5 días de estada en UTI neonatal › Hidratación parenteral › Sangre, expansores, si corresponde › Nutrición parenteral, 15 días máximos › Drogas vasoactivas, si corresponden Dopamina, dobutamina, otras › Antibióticos, si corresponden Ampicilina, gentamicina, ceftriaxona, amikacina, vancomicina, meropenem › Laboratorio, radiología, ecografía (ver módulo de RNPT con requerim. de ARM) › 10 días de estada en Cuidados intermedios (ver módulo de RNPT sin requerim. de ARM)

REPORTES

- **Reporte N° 3:** Ingreso del RNPT o RN quirúrgico a la UTI neonatal
- **Reporte N° 4:** Atención del RNPT o RN quirúrgico en UTI. Informe al egreso del módulo (16 días)

NOMENCLADOR NEONATAL - QUIRÚRGICO

OCLUSIÓN INTESTINAL

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
Cuadros de oclusión intestinal en el recién nacido, incluye: atresias intestinales, malrotación intestinal, vólvulo y duplicación intestinal NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL III B	QUIRÚRGICO	16 DÍAS DE INTERNACIÓN

IT Q011

DÍA PREQUIRÚRGICO	CIRUGÍA	DÍAS POST-QUIRÚRGICOS
Incluye	Incluye	Incluye
<ul style="list-style-type: none"> › 1 día de estada en UTI neonatal › Estudios imagenológicos simples y contrastados › Estabilización clínica del paciente › Laboratorio: hemograma, EAB, ionograma, uremia, glucemia, coagulograma, grupo sanguíneo, cultivos, › Riesgo quirúrgico: consulta cardiológica, ECG, ecocardiografía (si corresponde) › Evaluación pre-anestésica 	<ul style="list-style-type: none"> › Cierre primario de la pared abdominal › Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> › 5 días de estada en UTI neonatal › Hidratación parenteral › Sangre, expansores, si corresponde › Nutrición parenteral durante internación UTI › Drogas vasoactivas, si corresponden Dopamina, dobutamina, otras › Antibióticos, si corresponden Ampicilina, gentamicina, ceftriaxona, amikacina, vancomicina, meropenem › Laboratorio, radiología, ecografía (ver módulo de RNPT con requerim. de ARM) › 10 días de estada en Cuidados intermedios (ver módulo de RNPT sin requerim. de ARM)

REPORTES

- **Reporte N° 3:** Ingreso del RNPT o RN quirúrgico a la UTI neonatal
- **Reporte N° 4:** Atención del RNPT o RN quirúrgico en UTI. Informe al egreso del módulo (16 días)

MALFORMACIÓN ANORRECTAL

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
Ano imperforado alto o bajo NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL III B	QUIRÚRGICO	6 DÍAS DE INTERNACIÓN

IT Q012

DÍA PREQUIRÚRGICO	CIRUGÍA	DÍAS POST-QUIRÚRGICOS
Incluye	Incluye	Incluye
<ul style="list-style-type: none"> › 1 día de estada en UTI neonatal › Estudios imagenológicos simples y contrastados › Laboratorio: hemograma, EAB, ionograma, uremia, glucemia, coagulograma, grupo sanguíneo, cultivos, › Riesgo quirúrgico: consulta cardiológica, ECG, ecocardiografía (si corresponde) › Evaluación pre-anestésica 	<ul style="list-style-type: none"> › Cirugía correctora › Colostomia › Cierre de fistula 	<ul style="list-style-type: none"> › 3 días de estada en UTI neonatal › Hidratación parenteral › Sangre, expansores, si corresponde › Nutrición parenteral durante internación UTI › Drogas vasoactivas, si corresponden Dopamina, dobutamina, otras › Antibióticos, si corresponden Ampicilina, gentamicina, ceftriaxona, amikacina, vancomicina, meropenem › Laboratorio, radiología, ecografía (ver módulo de RNPT con requerim. de ARM) › 2 días de estada en Cuidados Intermedios (ver módulo de RNPT sin requerim. de ARM)

REPORTES

- **Reporte N° 3:** Ingreso del RNPT o RN quirúrgico a la UTI neonatal
- **Reporte N° 4:** Atención del RNPT o RN quirúrgico en UTI. Informe al egreso del módulo (6 días)

NOMENCLADOR NEONATAL - NEUROQUIRÚRGICO

MIELOMENINGOCELE

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
Defecto del cierre posterior de la columna vertebral en todos sus variantes NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL III B IT Q013 DIAG: Q420 - Q421 - Q422 - Q423 (CIE10)	NEUROQUIRÚRGICO	10 DÍAS DE INTERNACIÓN

IT Q011

DÍA PREQUIRÚRGICO	CIRUGÍA	DÍAS POST-QUIRÚRGICOS
Incluye	Incluye	Incluye
<ul style="list-style-type: none"> 1 día de estada en UTI neonatal Estudios imagenológicos simples y contrastados Estabilización clínica del paciente Riesgo quirúrgico: consulta cardiológica, ECG, ecocardiografía (si corresponde) Evaluación pre-anestésica 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía reparadora del defecto 	<ul style="list-style-type: none"> 2 días de estada en UTI neonatal Hidratación parenteral Sangre, expansores, si corresponde Antibióticos, si corresponden Ampicilina, gentamicina, ceftriaxona, amikacina, vancomicina, meropenem Drogas vasoactivas, si corresponden Dopamina, dobutamina, otras Laboratorio, radiología, ecografía (ver módulo de RNPT con requerim. De ARM) 7 días de estada en Cuidados intermedios (ver módulo de RNPT sin requerim. de ARM)

REPORTES

- Reporte N° 3:** Ingreso del RNPT o RN quirúrgico a la UTI neonatal
- Reporte N° 4:** Atención del RNPT o RN quirúrgico en UTI. Informe al egreso del módulo (10 días)

HIDROCEFALIA

PATOLOGÍA	MÓDULO	DÍAS CUBIERTOS
Comprende las hidrocefalias congénitas NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL III B	NEUROQUIRÚRGICO	10 DÍAS DE INTERNACIÓN

IT Q014

DÍA PREQUIRÚRGICO	CIRUGÍA	DÍAS POST-QUIRÚRGICOS
Incluye	Incluye	Incluye
<ul style="list-style-type: none"> 1 día de estada en neonatología Estudios imagenológicos simples y contrastados Estabilización clínica del paciente Evaluación pre-anestésica 	<ul style="list-style-type: none"> Derivación ventriculoperitoneal 	<ul style="list-style-type: none"> 2 días de estada en UTI neonatal Hidratación parenteral Sangre, expansores, si corresponde Antibióticos, si corresponden Ampicilina, gentamicina, ceftriaxona, amikacina, vancomicina, meropenem Laboratorio, radiología, ecografía (ver módulo de RNPT con requerim. De ARM) Drogas vasoactivas, si corresponden Dopamina, dobutamina, otras 7 días de estada en Cuidados intermedios (ver módulo de RNPT sin requerim. de ARM)

REPORTES

- Reporte N° 3:** Ingreso del RNPT o RN quirúrgico a la UTI neonatal
- Reporte N° 4:** Atención del RNPT o RN quirúrgico en UTI. Informe al egreso del módulo (10 días)

NOMENCLADOR NEONATAL - TRASLADO

Traslado de la madre gestante con diagnóstico de patología del embarazo; RNPT o malformación fetal mayor a centro de referencia

PATOLOGÍA

Traslado del bebé in útero de una madre con el diagnóstico de APP de 37 semanas o menos, o con un diagnóstico prenatal de malformación fetal mayor¹

NIVEL DE COMPLEJIDAD: TODOS LOS NIVELES

TL M041

INCLUYE

Estabilización clínica y obstétrica de la paciente.

Accesos venosos

Soporte respiratorio

Medicación

Ambulancia equipada adecuadamente. Traslado aéreo, si corresponde

Médico y enfermero capacitados en este tipo de pacientes

Historia clínica completa

REPORTES

- **Reporte 1:** Traslado de madre gestante, con embarazo menor a 34 semanas; o con patología del embarazo; o con malformación fetal.

¹ Incluye las siguientes patologías: atresia de esófago, gastroquisis, oclusión intestinal, malformación anorrectal.

Traslado del RN prematuro de 500 a 1500 gramos, o de un RN con malformación congénita quirúrgica mayor

PATOLOGÍA

Traslado del RN prematuro de 500 a 1500 gramos, o de un RN con malformación congénita quirúrgica mayor ¹, a un centro de referencia.

NIVEL DE COMPLEJIDAD: TODOS LOS NIVELES

TL M040

INCLUYE

Estabilización clínica previa al traslado

Accesos venosos

Soporte respiratorio

Medicación

Ambulancia equipada adecuadamente. Traslado aéreo, si corresponde

Médico y enfermero capacitados en este tipo de pacientes

Historia clínica completa

En casos quirúrgicos, respetar las normas y protocolos de traslado para cada patología y medio de transporte

REPORTES

- **Reporte 2:** Traslado de un bebé prematuro de 500 a 1500 gramos o de un niño con malformación congénita quirúrgica mayor a un centro de referencia.

¹ Incluye las siguientes patologías: atresia de esófago, gastroquisis, oclusión intestinal, malformación anorrectal.

NOMENCLADOR NEONATAL - SEGUIMIENTO AMBULATORIO DEL RN DE ALTO RIESGO

MÓDULO	PACIENTES	EQUIPO	INCLUYE	INTERCONSULTAS	TIEMPO	REPORTES
SEGUIMIENTO AMBULATORIO DEL RN DE ALTO RIESGO	Pacientes prematuros con peso de nacimiento menor a 1500 gramos. ~Niños operados de atresia de esófago, gastroquisis, oclusión intestinal, malformación anorectal, hidrocefalia y mielomeningocele.	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatra coordinador • Pediatras con experiencia en niños de alto riesgo • Enfermeras con experiencia • Estimuladoras tempranas • Psicóloga • Trabajadoras social 	<ul style="list-style-type: none"> › Historia clínica ambulatoria, que incluya las tablas de crecimiento, test de evaluación neurológica, planillas de estimulación, hojas de interconsultas, etc. › Laboratorio: hemogramas, reticulocitosis, hasta 3. Calcemia, fofatemia, FAL, 25(oh2)D, 1,25(H02) D, hepatograma, hasta 2 determinaciones. Proteinograma, hasta 2, Radiología; hasta 3. Ecografía; hasta 3. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurología infantil • Cirugía infantil • Oftalmología • Otorrilaringología • Ortopedista infantil • Neumonología infantil • Infectología Hematología 	Desde el alta del niño de la unidad de neonatología y durante los tres primeros meses post-alta. Incluye la primera consulta, que será realizada por el equipo de seguimiento previo al alta hospitalaria -alta dirigida- y las consultas ambulatorias necesarias.	Reporte del seguimiento ambulatorio del RN de alto riesgo al ingreso al programa. Reporte del seguimiento ambulatorio del RN de alto riesgo al egreso del módulo (3 meses post-alta)

Niños y niñas 6 a 9 años

NOMENCLADOR ÚNICO PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PROVINCIALES PÚBLICOS DE SALUD (PDSPS)

Niños y niñas 6 a 9 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	CONSULTA	Control en Niños de 6 a 9 años	CT C001	A97
		Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009	A97
		Control Oftalmológico	CT C011	A97
		Control Odontológico	CT C010	A97
	INMUNIZACIÓN	Dosis aplicada de dTap Triple Acelular (Actualización esquema en niños mayores 7 años)	IM V008	A98
		Dosis aplicada de inmunización anti hepatitis B (Actualización esquema)	IM V009	A98
		Dosis aplicada de Sabin Oral (Actualización esquema)	IM V002	A98
		Dosis aplicada de Triple Viral (Actualización Esquema)	IM V001	A98
		Dosis aplicada de Vacuna Antigripal en personas con factores de riesgo.	IM V013	A98
	PRÁCTICA	Barniz fluorado de surcos	PR P025	A98
		Sellado de surcos	PR P024	A98
	TALLER	Pautas alimentarias respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas	TA T004	A98
		Prevención de accidentes domésticos	TA T006	A98
		Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene.	TA T011	A98
	CAPTACIÓN	Búsqueda activa de niños con abandono de controles	CA W003	A98
		Consulta para confirmación diagnóstica en Población Indígena con riesgo detectado en terreno	CA W006	Ver Matriz
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Anemia leve y moderada (inicial)	CT C001	B80
		Anemia leve y moderada (ulterior)	CT C002	B80
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	CONSULTA	Asma bronquial (inicial)	CT C001	R96
		Asma bronquial (ulterior)	CT C002	R96
		Asma bronquial (urgencia)	CT C012	R96
TRASTORNOS ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS	CONSULTA	Obesidad (inicial)	CT C001	T79;T82
		Obesidad (ulterior)	CT C002	T79;T82
		Sobrepeso (inicial)	CT C001	T83
		Sobrepeso (ulterior)	CT C002	T83
NEOPLASIAS MALIGNAS	CONSULTA	Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia (inicial)	CT C001	B73
		Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia (ulterior)	CT C002	B73
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma (inicial)	CT C001	B72
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma (ulterior)	CT C002	B72
	NOTIFICACIÓN	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemia-linfoma)	NT N002	B72 B73
Con referencia a nosologías contempladas en este grupo etario	PRÁCTICA	Valorización en Anexo		
	LABORATORIO	Valorización en Anexo		
	IMÁGENES	Valorización en Anexo		
	RONDA	Valorización en Anexo		
	TRASLADOS	Valorización en Anexo		

Adolescentes

10 a 19 años

NOMENCLADOR ÚNICO PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PROVINCIALES PÚBLICOS DE SALUD (PDSPS)

Adolescentes 10 a 19 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
MEDICINA PREVENTIVA PROMOCIÓN DE LA SALUD	CONSULTA	Examen Periódico de Salud del adolescente	CT C001	A97
		Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009	A97
		Control ginecológico	CT C008	A97
		Control odontológico	CT C010	A97
		Control oftalmológico	CT C011	A97
PESQUISA	CONSULTA	Diagnóstico temprano y confidencial de embarazo en adolescente	CT C003	W78
MEDICINA PREVENTIVA PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIONES	Dosis aplicada de Doble viral (rubéola + sarampión)	IM V011	A98
		Dosis aplicada de Doble adultos >16 años	IM V010	A98
		Dosis aplicada de dTap triple acelular (refuerzo a los 11 años)	IM V008	A98
		Dosis aplicada de inmunización anti hepatitis B monovalente (a partir de 11 años no inmunizados previamente)	IM V009	A98
		Dosis aplicada de Vacuna Antigripal en personas con factores de riesgo	IM V013	A98
		Dosis aplicada de Vacuna contra VPH (Virus Papiloma Humano) en niñas de 11 años	IM V014	A98
	CONSEJERÍA	Post-aborto	CO T018	A98
		Salud Sexual (Terreno)	CO T016	A98
		Salud Sexual en adolescente	CO T015	A98
	TALLER	Prevención de comportamientos adictivos: tabaquismo, uso de drogas, alcoholismo.	TA T010	A98
		Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas	TA T004	A98
		Prevención de accidentes	TA T005	A98
		Prevención de HIV e Infecciones de Transmisión Sexual	TA T007	A98
		Prevención de violencia de género	TA T008	A98
		Prevención violencia familiar	TA T009	A98
		Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene, trastornos de la alimentación.	TA T011	A98
		Promoción de pautas alimentarias	TA T012	A98
		Promoción de salud sexual y reproductiva	TA T013	A98
		Salud sexual, confidencialidad, género y derecho (Actividad en sala de espera)	TA T014	A98
	CAPTACIÓN	Búsqueda activa de adolescentes para valoración integral	CA W005	A98
		Búsqueda activa de embarazadas adolescentes por agente sanitario y/o personal de Salud	CA W004	A98
		Consulta para confirmación diagnóstica en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.	CA W006	Ver Matriz IV-Diagn.
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Anemia leve y moderada en mujeres (inical)	CT C001	B80
		Anemia leve y moderada en mujeres (ulterior)	CT C002	B80

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	CONSULTA	Asma bronquial (urgencia)	CT C012	R96
		Asma bronquial (consulta inicial)	CT C001	R96
		Asma bronquial (ulterior)	CT C002	R96
LESIONES INTENCIONALES	CONSULTA	Consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (urgencia/ consultorios externos)	CT C012	P20 P23 P24
		Intento de suicidio (urgencia)	CT C012	P98
		Víctima de Violencia Sexual (urgencia)	CT C012	Z31
NEOPLASIAS MALIGNAS	CONSULTA	Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia (inicial)	CT C001	B73
		Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia (ulterior)	CT C002	B73
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma (inicial)	CT C001	B72
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma (ulterior)	CT C002	B72
	NOTIFICACIÓN	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemialinfoma)	NT N002	B72 B73
SALUD MENTAL	CONSULTA	Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (inicial)	CT C001	P20 P23 P24
		Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (ulterior)	CT C002	P20 P23 P24
		Seguimiento por intento de suicidio	CT C014	P98
TRASTORNOS ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS	CONSULTA	Obesidad (inicial)	CT C001	T79 T82
		Obesidad (ulterior)	CT C002	T79 T82
		Sobrepeso (inicial)	CT C001	T83
		Sobrepeso (ulterior)	CT C002	T83
Con referencia a nosologías contempladas en este grupo etario	PRÁCTICA	Colocación de DIU en adolescente	PR P003	W12
		Valorización en Anexo		
	LABORATORIO	Valorización en Anexo		
	IMÁGENES	Valorización en Anexo		
	RONDA	Valorización en Anexo		
	TRASLADOS	Valorización en Anexo		

Mujeres

20 a 64 años

NOMENCLADOR ÚNICO PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PROVINCIALES PÚBLICOS DE SALUD (PDSPS)

Mujeres 20 a 64 años

NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO	
MEDICINA PREVENTIVA PROMOCIÓN DE LA SALUD	CONSULTA	Examen periódico de salud	CT C001	A97
		Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009	A97
		Control ginecológico	CT C008	A97
		Control odontológico	CT C010	A97
	CONSULTA	Control preconcepcional (inicial)	CT C004	A97
		Control preconcepcional (ulterior)	CT C013	A97
	INMUNIZACIONES	Dosis aplicada de Doble adultos (dT)	IM V010	A98
		Dosis aplicada de Doble viral	IM V011	A98
		Dosis aplicada de Vacuna Antrigripal en personas con factores de riesgo	IM V013	A98
	CONSEJERÍA	Postaborto	CO T018	A98
		Salud sexual y procreación responsable	CO T020	A98
	TALLER	Prevención de comportamientos adictivos: tabaquismo, uso de drogas, alcoholismo.	TA T010	A98
		Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas	TA T004	A98
		Prevención de accidentes	TA T005	A98
		Prevención de HIV e Infecciones de Transmisión Sexual	TA T007	A98
		Prevención de violencia de género	TA T008	A98
		Prevención violencia familiar	TA T009	A98
		Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene, trastornos de la alimentación.	TA T011	A98
		Promoción de pautas alimentarias	TA T012	A98
		Promoción de salud sexual y reproductiva	TA T013	A98
	CAPTACIÓN	Consulta para confirmación diagnóstico en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.	CA W006	Ver Matriz Diag.
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Anemia leve y moderada 20 a 49 años (inicial)	CT C001	B80
		Anemia leve y moderada 20 a 49 años (ulterior)	CT C002	B80
LESIONES INTENCIONALES	CONSULTA	Víctima de Violencia Sexual (urgencia)	CT C012	Z31
NEOPLASIA MALIGNA	CONSULTA	Diagnóstica y seguimiento de CA cervicouterino (inicial)	CT C001	X75
		Diagnóstica y seguimiento de CA cervicouterino (ulterior)	CT C002	X75
		Diagnóstica y seguimiento de CA de mama (inicial)	CT C001	X76
		Diagnóstica y seguimiento de CA de mama (ulterior)	CT C002	X76
	PRÁCTICAS	Toma de muestra citológica (25 a 64 años) (Tamizaje CA cervicouterino)	PR P018	A98
		Colposcopia de lesión en cuello uterino, realizada por especialista en ASC H, H SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	PR P002	X75
		Biopsia de lesión en cuello uterino, realizada por especialista en ASC H, H SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	PR P007	X86
		Biopsia para las mujeres con mamografía BIRADS 4 y 5 (CA mama)	PR P007	X19; X30

NEOPLASIA MALIGNA	IMÁGENES	Mamografía bilateral, craneocaudal y oblicua, con proyección axilar mujeres (en mayores de 49 años (cada 2 años con mamografía negativa)	IG R014	A98
		Mamografía variedad magnificada	IG R015	X30; X19
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Anatomía patológica de biopsia (CA mama)	AP A002	X76; X79
		Diagnóstico por biopsia en laboratorio de anatomía patológica, para aquellas mujeres con citología ASC-H, H-SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	AP A002	A98; X75; X80
		Lectura de la muestra tomada en mujeres entre 25 y 64 años, en laboratorio de Anatomía Patológica/Citología con diagnóstico firmado por anatómo-patólogo matriculado (tamizaje de CA cervicouterino)	AP A001	A98; X86; X75
	NOTIFICACIÓN	Notificación de caso positivo al responsable del Servicio donde se realizó la toma de muestra (PAP) (CA cervicouterino)	NT N001	X75 X86
		Notificación de caso positivo al responsable del Servicio-CAPS donde se realizó la toma de muestra (biopsia) (CA cervicouterino)	NT N003	X75
		Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno en ASC- H, H- SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	NT N002	X75
		Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (CA mama)	NT N002	X76
Con referencia a nosologías contempladas en este grupo de sexo y edad	PRÁCTICAS	Colocación DIU	PR P003	W12
		Valorización en Anexo		
	LABORATORIO	Valorización en Anexo		
	IMÁGENES	Valorización en Anexo		
	RONDA	Valorización en Anexo		
	TRASLADOS	Valorización en Anexo		

Anexo

NOMENCLADOR ÚNICO PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PROVINCIALES PÚBLICOS DE SALUD (PDSPS)

Anexo

PRESTACIONES	Anexo	
CT CONSULTA	Consulta trabajador social	C015
PR PRÁCTICA	Cateterización/intubación	P001
	Electrocardiograma	P004
	Ergometría	P005
	Espirometría	P006
	Escisión/remoción/toma para biopsia/punción lumbar	P007
	Extracción de sangre	P008
	Incisión/drenaje/lavado	P009
	Inyección/infiltración local/venopuntura	P010
	Medicina física/rehabilitación	P011
	Otras Prácticas y procedimientos N/E	P012
	Prueba de la función física	P013
	Pruebas de sensibilización	P014
	Registro de Trazados eléctricos cerebrales	P016
	Oftalmoscopia binocular indirecta (OBI)	P017
	Audiometría tonal	P019
	Logaudiometría	P020
	Fondo de Ojo	P028
	Punción de Médula Ósea	P029
IG IMAGENOLOGÍA	Centellograma tiroideo	R001
	Densitometría osea	R002
	Ecocardiograma con Fracción de eyección	R003
	Eco-Doppler Color	R004
	Ecografía bilateral de caderas (menores de 2 meses)	R005
	Ecografía cerebral	R006
	Ecografía de cuello	R007
	Ecografía ginecológica	R008
	Ecografía mamaria	R009
	Ecografía tiroidea	R010
	Fibrocolonoscopia	R011
	Fibrogastroscopia	R012
	Fibrorectosigmoideoscopia	R013
	Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cerebroespinal con y sin gadolinio	R016
	Rx codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos, rodilla, pierna, tobillo, pie (total o focalizada) (fte. y perf.)	R017
	Rx colon por enema, evacuado e insuflado (con o sin doble contraste)	R018
	Rx columna cervical (total o focalizada) (fte. y perf.)	R019
	Rx columna dorsal (total o focalizada) (fte. y perf.)	R020
	Rx columna lumbar (total o focalizada) (fte. y perf.)	R021
	Rx craneo (fte. Y perfil)	R022
	Rx estudio seriado tránsito esofagogastroduodenal contrastado	R023
	Rx estudio transito de intestino delgado y cecoapendicular	R024
	Rx hombro, humero, pelvis, cadera y femur (total o focalizada) (fte. y perf.)	R025
	Rx o TeleRx tórax (total o focalizada) (fte. y perf.)	R026
	Rx pielografía descendente o urograma excretor minutado (incluye simple de abdomen y pre y post miccional)	R027
	Rx sacrococcigea (total o focalizada) (fte. y perf.)	R028
	Rx simple de abdomen (fte. y perf.)	R029
	Tomografía Axial Computada (TAC) (cerebro-espinal)	R030
	Ecografía obstétrica	R031
	Ecografía abdominal	R032
AP ANATOMÍA PATOLÓGICA	Medulograma (recuento diferencial con tinción de MGG)	A003
RO RONDAS	Ronda rural	X001
	Ronda poblaciones indígenas	X002
TL TRASLADO	Unidad móvil de baja o mediana complejidad	M010
	Unidad móvil de alta complejidad adultos	M020
	Unidad móvil de alta complejidad pediátrica/neonatal	M030
	Unidad móvil de baja o mediana complejidad (hasta 50 km)	M081
	Unidad móvil de baja o mediana complejidad (más de 50 km)	M082

AU AUDITORÍA DE MUERTE DS DIAGNÓSTICO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO	Materna / Infantil	H001
	Relevamiento de datos de población de riesgo por efector (Informe final de Ronda)	Y001
LB LABORATORIO	17 Hidroxiprogesterona	L001
	Ácido Úrico	L002
	Ácidos biliares	L003
	Amilasa Pancreática	L004
	Antibiograma micobacterias	L005
	Anticuerpos antitreponemicos	L006
	Antígeno Protático Específico	L007
	Apolipoproteína B	L008
	ASTO	L009
	Baciloscopia	L010
	Bacteriología Directa y cultivo	L011
	Bilirrubinas totales y fraccionadas	L012
	Biotinidasa neonatal	L013
	Calcemia	L014
	Calciuria	L015
	Campo Oscuro	L016
	Citología	L017
	Colesterol	L018
	Coprocultivo	L019
	CPK	L020
	Creatinina en orina	L021
	Creatinina serica	L022
	Cuantificación fibrinogeno	L023
	Cultivo Streptococo B hemolitico	L024
	Cultivo vaginal Exudado flujo	L025
	Cultivo y Antibiograma General	L026
	Electroforesis de proteínas	L027
	Eritrosedimentación	L028
	Espudo seriado	L029
	Estado Ácido Base	L030
	Estudio Citoquímico de Médula Ósea: PAS- Peroxidasa- Esterasas	L031
	Estudio Citogenético de Médula Ósea (técnica de bandeó G)	L032
	Estudio de Genética Molecular de Médula Ósea (BCR/ABL, MLL/AF4 y TEL/AML1 por técnicas de RT-PCR o FISH)	L033
	Factor de coagulación 5, 7, 8, 9 y 10	L034
	Fenilalanina	L035
	Fenilcetonuria	L036
	Ferremia	L037
	Ferritina	L038
	Fibrinogeno	L039
	Fosfatasa alcalina y ácida	L040
	Fosfatemia	L041
	FSH	L042
	Galactosemia	L043
	Gamma- GT (gamma glutamil transpeptidasa)	L044
	Glucemia	L045
	Glucosuria	L046
	Gonadotrofina coriónica humana en sangre	L047
	Gonadotrofina coriónica humana en orina	L048
	Grasas en material fecal cualitativa	L049
	Grupo y factor	L050
	Hbs Ag	L051
	HDL y LDL	L052
	Hematocrito	L053
	Hemocultivo Aerobio Anaerobio	L054
	Hemoglobina	L055
	Hemoglobina glicosilada	L056
	Hemograma completo	L057
	Hepatitis B anti HBS Anticore total	L058
	Hepatograma	L059
	Hidatidosis por hemoaglutinación	L060
	Hidatidosis por IFI	L061
	Hisopado de fauces	L062

LB
LABORATORIO

Homocistina	L063
IFI Infecciones respiratorias	L064
IFI y Hemoaglutinación Directa para Chagas	L065
Insulinemia basal	L066
Inmunofenotipo de Médula Ósea por citometría de flujo	L067
Ionograma Plasmático y Orina	L068
KPTT	L069
LDH	L070
Leucocitos en material fecal	L071
LH	L072
Lipidograma Electroforético	L073
Líquido cefalorraquídeo citológico y bacteriológico	L074
Líquido cefalorraquídeo - Recuento celular (cámara), Citología (MGG ,cytospin) e histoquímica	L075
Micológico	L076
Microalbuminuria	L077
Monotest	L078
Orina Completa	L079
Parasitemia para Chagas	L080
Parasitológico de Materia Fecal	L081
PH en materia fecal	L082
Porcentaje de saturación de hierro funcional	L083
PPD	L084
Productos de degradación del fibrinogeno (PDF)	L085
Progesterona	L086
Prolactina	L087
Proteína C Reactiva	L088
Proteínas totales y fraccionadas	L089
Proteinuria	L090
Protoporfirina libre eritrocitaria	L091
Prueba de Coombs Directa	L092
Prueba de Coombs indirecta cuantitativa	L093
Prueba de tolerancia a la glucosa	L094
Reacción de Hudleson	L095
Reacción de Widal	L096
Receptores libres de transferrina	L097
Sangre oculta en heces	L098
Serología para Chagas (Elisa)	L099
Serología para Hepatitis A Ig M	L100
Serología para Hepatitis A total	L101
Serología para Rubéola Ig M	L102
Sideremia	L103
T3	L104
T4 libre	L105
Test de Graham	L106
Test de latex	L107
TIBC	L108
Tiempo de lisis de euglobulina	L109
Toxoplasmosis por IFI	L110
Toxoplasmosis por MEIA	L111
Transaminasas TGO/TGP	L112
Transferrinas	L113
Triglicéridos	L114
Tripsina catiónica inmunorreactiva	L115
TSH	L116
Urea	L117
Urocultivo	L118
VDRL	L119
Vibrio Cholerae Cultivo e Identificación	L120
VIH Elisa	L121
VIH WESTERN BLOT	L122
Serología para Hepatitis C	L123
Magnesemia	L124
Serología LCR	L125
Recuento plaquetas	L126
Antígeno P24	L127
Hemoaglutinación indirecta Chagas	L128
IgE sérica	L129
Tiempo de coagulación y sangría	L130
Tiempo de protrombina	L131



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

Dirección de Calidad de los Servicios de Salud

Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica



Resolución 208/1996

***LAS NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS PARA SERVICIOS DE ATENCION
PRIMARIA***

Ministerio de Salud

SERVICIOS DE SALUD

Resolución 208/1996

Apruébase Las Normas Técnicas Mínimas Para Servicios De Atención Primaria.

Bs. As., 16/4/1996

VISTO el Expediente N° 1-2002- 2074/96-8 del Registro del Ministerio de Salud y Acción Social y el Decreto N°1269 del 20 de julio de 1992 por el que se aprueban las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud ; y

CONSIDERANDO:

Que dichas políticas tienen por objeto lograr la plena vigencia del DERECHO A LA SALUD para la población, tendiente a alcanzar la meta de la SALUD PARA TODOS en el menor tiempo posible mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de EQUIDAD, SOLIDARIDAD, EFICACIA, EFICIENCIA Y CALIDAD. -

Que en el marco de dichas políticas el MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL creó el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, en el cual se agrupan un conjunto de actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar dicho nivel de calidad y que hacen a la habilitación y categorización de los Establecimientos Asistenciales; al control del ejercicio profesional del personal que integra el equipo de salud a la fiscalización y control sanitario; la evaluación de la calidad de la atención médica y la acreditación de los servicios de salud.

Que para ello resulta necesario contar con normas de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos y normas de atención médica, cuya elaboración se encuentra también contenida en el citado Programa Nacional y en la que participan Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales y prestadores de servicios asegurando de esa forma una participación pluralista con experiencia y rigor científico.

Que el grupo de funcionarios de la DIRECCIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN MÉDICA y el DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA ha evaluado y compatibilizado el documento aportado por la ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA, la SOCIEDAD ARGENTINA DE ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA Y ATENCIÓN MÉDICA y la ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ÁREAS PROGRAMÁTICAS Y SALUD COMUNITARIA.

Que el mismo ha sido aprobado por la Subsecretaría de Atención Médica y la Secretaría de Recursos y Programas de Salud.

Que el Coordinador General del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, en base a los informes producidos, aconseja la aprobación del citado cuerpo normativo.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello:

EL MINISTRO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Apruébase las NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS PARA SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA, que como Anexo forman parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO 2º.- Incorpórase las NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS PARA SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

ARTICULO 3º.- Publíquese a través de la SECRETARIA DE RECURSOS Y PROGRAMAS DE SALUD las citadas NORMAS DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR EN EL MARCO DE LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SALUD COMUNITARIA (Subprogramas y evaluación), a fin de asegurar la máxima difusión y aplicación de las mismas en el marco de dicho Programa Nacional.

ARTICULO 4º.- Las normas que se aprueban por la presente resolución podrán ser objeto de observación dentro del plazo de 30 (treinta) a partir de la fecha de su publicación y entrarán en vigencia a los 60 (sesenta) días de su publicación.

ARTICULO 5º.- Agradecer a la ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA, a la SOCIEDAD ARGENTINA DE ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA Y ATENCIÓN MÉDICA y a la ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ÁREAS PROGRAMÁTICAS Y SALUD COMUNITARIA por la importante colaboración brindada a este MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL.

ARTICULO 6º.-Regístrese, comuníquese y archívese.-

RESOLUCION Nº **208**

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

NORMAS TECNICAS MÍNIMAS

LISTADO DE SERVICIOS

- 100 Consulta Niños.
- 102 Revisiones del Niño Sano de 0-23 meses.
- 103 Revisiones del Niño Sano de 2-5 años.
- 104 Revisiones del Niño sano de 6-14 años,
- 105 Información sanitaria en la Escuela (*)
- 106 Prevención de la caries Infantil.

- 200 Captación y valoración de la Mujer embarazada.
- 201 Seguimiento Mujer Embarazada.
- 202 Preparación al Parto (*)
- 203 Visita Primer mes de Postparto.
- 205 Vacunación, de la Rubéola.
- 206 Diagnóstico Precoz del cáncer de cervix.
- 207 Diagnóstico Precoz del cáncer de Endometrio.
- 208 Diagnóstico Precoz del cáncer de Mama.

- 300 Consulta Adultos.
- 304 Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
- 305 Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos.
- 306 Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes.
- 307 Atención a Pacientes Crónicos: EPOC.
- 308 Atención a Pacientes Crónicos: Obesos.
- 319 Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia.
- 310 Atención a Pacientes con VIH-SIDA.
- 311 Educación a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabetes (*).
- 312 Educación a Grupos de Pacientes Crónicos: Otras Patologías (*).
- 313 Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados.
- 314 Atención a Pacientes Terminales.
- 315 Atención al consumidor Excesivo de alcohol.

- 400 Tratamientos Fisioterapéuticos básicos,

(*) contiene Prerrequisitos.

ATENCIÓN AL NIÑO

Incluye los servicios:

100 Consulta Niños.

102 Revisiones del Niño Sano de 0-23 meses.

103 Revisiones del Niño Sano de 2-5 años.

104 Revisiones del Niño Sano de 6-14 años.

105 Información Sanitaria en la Escuela (*).

106 Prevención de la caries Infantil.

(*) contiene Prerrequisitos.

SERVICIO 100. CONSULTA NIÑOS

"En. la Hª Clínica de los niños entre 0 y 14 años de edad, que acuden a consulta en el último año, quedará registrado:

H.T.M.: 100.1

- En cada visita al menos:
 - . el motivo de consulta y/o diagnóstico
 - . el plan de actuación.

100.1. Excepciones

- Visitas por motivos burocráticos.
- Visitas de control y seguimiento de patología crónica.

N.T.M.: 100.2

- Presencia/ausencia de alergias medicamentosas en niños de edad igual o superior a 7 años.

N.T.M.: 100.3

- Presencia/ausencia de antecedentes familiares de interés.

Nota: Con este servicio se requiere valorar la cobertura asistencial de los pacientes que acuden a demanda con HªCª y conocer la utilización de la misma. En estas historias se miden dos tipos de NTM: Uno de "motivos de consulta" y otro, más estático, de "Antecedentes". Hay tiempo de cumplimentar estas últimas NTM en una historia de A. Primaria, que es horizontal a lo largo de la vida del usuario. Lo que se quiere conocer es el cumplimiento de esos ítems imprescindibles, en los pacientes vistos en el último año, aunque los antecedentes estén recogidos con anterioridad.

SERVICIO I02. NIÑO SANO (0-23 MESES).

N.T.M.: I02.1

"En la Hª Clínica de los niños incluidos en servicio constará la realización de las pruebas de detección precoz de metabopatías antes del décimo día".

"A todo niño menor de 2 años, se le habrá realizado al menos, una vez durante su primer mes de vida; 3 veces en los once meses siguientes y 2 veces entre los 13 y 23 (a.i.)¹ meses:

N.T.M.: I02.2

- medición de peso, talla y perímetro cefálico con sus percentiles correspondientes.

N.T.M.: I02.3

- valoración de su desarrollo psicomotor mediante un test validado (Denver o similar).

102.3 Excepciones:

- Niños encefalópatas.
- Niños diagnosticados de enfermedad neurológica evolutiva.

N.T.M.: I02.4

"En el control del primer mes y al menos, en uno de los tres controles entre 2 y 11 meses, se habrá realizado:

- auscultación cardio-pulmonar.
- palpación de pulsos periféricos.
- exploración de caderas.
- palpación abdominal.
- exploración de genitales.
- exploración ocular, en el primer mes.
- transparencia ocular y a partir del sexto test de Hirschberg"

N.T.M.: I02.5

"En los dos controles entre los 12 y 23 meses de Vida, se habrá realizado:

- auscultación cardio-pulmonar.
- test de Hirschberg".

N.T.M.: I02.6

"En los dos controles entre los 12 y 23 meses de vida deberá tener registrado en la Historia Clínica haber recibido consejo sobre la administración de flúor oral, según recomendaciones del programa acreditado".

N.T.M.: I02.7

"Todo niño incluido en servicio deberá tener registrado en su Hª Clínica CONSEJO ALIMENTICIO recomendando la no introducción de gluten antes de los 6 meses y de la leche de vaca entera antes de los 12 meses".

N.T.M.: I02.8

"Todo niño incluido en servicio deberá tener registrados en su Hª Clínica, al menos una vez, los siguientes Consejos sobre prevención de accidentes más frecuentes:

- caídas desde superficies altas.
- quemaduras (calor, electricidad).

- tóxicos, medicamentos y productos de limpieza".

SERVICIO I03. REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 2-5 AÑOS

"A todo niño entre 2 y 5 años de vida (a.í,) se le habrá realizado al menos dos veces y con un intervalo máximo de dos años:

N.T.M.: I03.1

- Medición de peso y talla con sus percentiles correspondientes.
- Exploración miembros inferiores: simetría, pies y marcha.

N.T.M.: I03.2

- Exploración buco-dental: caries y enfermedad periodontal.

N.T.M.: I03.3.

- Deberá tener registrado en su Hª Clínica haber recibido Consejo sobre la administración de flúor oral, según recomendaciones del programa acreditado.

N.T.M.: I03.4

- Se realizará:
 - . Test de Hirschberg y ojo cubierto/descubierto (cover-uncover).
 - . Exploración de agudeza visual con optotipos a niños mayores de 4 años..

I03.4 Excepciones.

- Niños en tratamiento y/o control, por especialistas (ORL y/u oftalmólogo) de alteraciones auditivas y/u oftálmicas.

N.T.M.: I03.5

- Se realizará:
 - . Interrogatorio a la familia sobre audición del niño.
 - . Exploración subjetiva de la agudeza auditiva.

N.T.M.: I03.6

- Valoración de su desarrollo psicomotor mediante un test validado (Denver o similar).

I03.6 Excepciones

- Niños encefalópatas

N.T.M.: I03.7

"Todo niño incluido en Servicio deberá tener registrado en su Hª Clínica CONSEJO sobre:

- . Alimentación.
- . Higiene dental y corporal.
- . Prevención de accidentes más frecuentes.

SERVICIO I04. REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 6 A 14 AÑOS

"A todo niño de 6, xi y 14 años de edad se le realizará:

N.T.M.: 104.1

- Medición de peso y talla con sus percentiles correspondientes. . .

104.1 Excepción:

- Niños a los que se haya realizado medición de peso y talla con sus percentiles el año anterior a los 6, 11 y 14 años de edad.

N.T.M.: 104.2

- Exploración buco-dental: disposición de piezas dentarias, caries y mal-oclusión".

N.T.M.: 104.3

- Deberá tener registrado en su Hª Clínica haber recibido consejo sobre la realización de profilaxis de caries con flúor, según recomendaciones del programa acreditado.

N.T.M.: 104.4

"Todo niño de 14 años de edad, deberá tener determinada, al menos en una ocasión, la tensión arterial". '

N.T.M.: 104.5

"Todo niño incluido en Servicio deberá tener registrado en su H. Clínica CONSEJO sobre:

- Alimentación.
- Higiene dental y corporal.
- Prevención de accidentes más frecuentes.

SERVICIO 105. INFORMACION SANITARIA EN LA ESCUELA

"Para la inclusión de este servicio en la Cartera específica del Equipo, se debe garantizar siempre la existencia de:

PRERREQUISITO

- Un grupo de trabajo multidisciplinario E.A.P./Institución escolar.
- Tener en cuenta además las Normas de Salud Escolar

PRERREQUISITO

- Un proyecto educativo de duración mínima de un año, que contenga:
 - La población diana a quien va dirigido el proyecto.
 - Priorización de los problemas detectados.
 - Objetivos del proyecto.
 - Plan de actividades.
 - Evaluación.

N.T.M.: 105.1

- Todo proyecto de colaboración deberá tener una memoria anual que contenga:
 - Evaluación del grado de consecución de los objetivos propuestos.
 - Evaluación de las actividades realizadas.
 - Actas de las reuniones de trabajo.

SERVICIO 106. PREVENCIÓN DE LA CARIES INFANTIL

"Todo niño incluido en servicio deberá recibir al menos una revisión bucodental cada dos años, que incluya:

N.T.M.: I06.1

- Estado dental (Código de la O.M.S.).
- Tratamiento en relación con la caries (Código de la O.M.S.).
- Índice de caries: Cod, CAOD, CAOM₆ .

N.T.M.: I06.2

. Registro de haber recibido profilaxis con flúor (colutorios o suplementos) según programa acreditado.

N.T.M.: I06.3

- Todo niño de seis años deberá recibir aplicación de flúor tópico (barnices o geles), si cumple los siguientes criterios:

- Índice CEOD mayor o igual a 4.
- Índice CEOD más CAOM, mayor o igual a 3, siempre que CAOM, sea mayor o igual a 1.

N.T.M.: I06.4

- A todo niño susceptible de recibir flúor tópico se le realizará una aplicación semestral, reevaluándose su indicación cada dos años.

N.T.M.: I06.5

- A todo niño de seis y ocho años se le habrá realizado sellado de fisuras, si cumple los siguientes criterios:

. Niños con minusvalías psíquico/físicas determinantes de alto riesgo de padecer caries.

- Índice de CEOD mayor o igual a cuatro.
- Índice de CAOM, mayor o igual a uno.

N.T.M.: I06.6

- A todo niño con sellado de fisuras se le realizará una revisión de la misma a los doce meses.

N.T.M.: I06.7

- A todo niño en que se aprecie una caries en el molar de los seis años, que no sea susceptible de remineralización, se le realizará la obturación en dicho molar.

ATENCIÓN A LA MUJER**Incluye los servicios:**

200 Captación y Valoración de la Mujer Embarazada.
201 Seguimiento Mujer Embarazada.
202 Preparación al Parto (*)
203 Visita Primer mes de Postparto.
205 Vacunación de la Rubeola.
206 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cervix.
207 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Endometrio.
208 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama.

(*) contiene Prerrequisitos

SERVICIO 200. CAPTACION Y VALORACION DE LA MUJER EMBARAZADA

"A toda mujer incluida en Servicio se le deberá:

N.T.M.: 200.1

- Incluir en el Servicio antes de la duodécima semana (12 semanas) de gestación.

N.T.M.: 200.2

- Realizar en la 1ª visita valoración del riesgo obstétrico que incluya al menos:

- edad materna.
- antecedentes gineco-obstétricos.
- antecedentes personales.
- hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y drogas.
- factores psico-sociales.

N.T.M.: 200.3

- Realizar en la 1ª visita, estudio analítico básico que incluya, al menos: .

- hemograma.
- glucemia.
- creatinina.
- sistemático de orina.
- serología: lues, rubeola y toxoplasma.
- grupo sanguíneo y RH.

200.3 Excepciones:

- Inmunidad conocida frente a la rubeola y toxoplasma.
- Conocimiento previo de grupo sanguíneo y RH.

N.T.M.: 200.4

- Realizar en la primera visita:

- cálculo de la edad gestacional
- medición de peso y tensión arterial.

N-T-M.: 200.5

- Facilitar en la primera visita, consejo-información sobre:

- alimentación
- ejercicio físico
- medicación, tabaco y alcohol
- signos y síntomas de consulta urgente.

N.T.M.: 201.4

- Realizar en el 2º y 3º trimestre:

. estudio analítico básico que incluya al menos:

- hemograma.
- glucemia.
- sistemático de orina
- antígeno de superficie de la hepatitis B (SOLO en el 3º trimestre).

N.T.M.: 201.5

- Realizar, al menos, dos ecografías: una antes de la semana 20 y otra en el último trimestre.

N.T.M.: 201.6

- Facilitar consejo- información sobre:

- alimentación
- ejercicio físico
- medicación, tabaco y alcohol
- síntomas de consulta urgente.

N.T.M.: 201.7

"Se registrará la derivación de la embarazada al Servicio de Preparación al Parto."

201.7 Excepcion:

- E.A.P. que no tengan en su cartera de Servicios específica los servicios de preparación al Parto.

SERVICIO 202. PREPARACION AL PARTO

"Para la inclusión de este servicio en la cartera Especifica del Equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

PREREQUISITO

PROTOCLO que recoja, como mínimo:

- contenidos informativos de segundo trimestre de la gestación, de preparación para el parto y de recuperación psico-física post-parto.
- ejercicios físicos anteparto y post-parto.
- técnicas dinámicas de relajación. _
- metodología (formas y lugares de transmisión de la información)
- sistema de evaluación.

N-T-M.: 202.1

- Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo:

- contenido/s de la/s actividades.
- fecha de la/s actividades.
- quién realiza la/s actividades.
- número de personas asistentes a la/s actividades."

N.T.M.: 202.2

"Toda mujer deberá ser incluida en servicio antes de la 30 semana de gestación".

202.2 Excepción.

- - Mujer embarazada que se encuentra en la 30 semana o más de gestación, en el momento de puesta en marcha del Servicio.

SERVICIO 203. VISITA PRIMER MES POSPARTO

N.T.M.: 203.1

"A toda mujer se le realizará (y registrará) una visita en domicilio en los primeros 10 días del alta hospitalaria posparto".

N.T.M.: 203.2

"A toda mujer incluida en Servicio se le deberá realizar al menos:

- palpación de fondo uterino.
- examen de loquios.
- temperatura corporal. .
- examen del periné o incisión quirúrgica en caso de cesárea.
- exploración de mamas."

N.T.M.: 203.3

"A toda mujer incluida en el Servicio se le deberá dar consejo sobre:

- higiene de la puerpera y del R.N".

203.3 Excepción:

- Recién nacido ingresado.

N.T.M.: 203.4

"A toda mujer incluida en el Servicio se le deberá dar consejo sobre:

- alimentación del R.N./ventajas, idoneidad y técnica de la lactancia materna."

203.4 Excepción:

- Recién nacido ingresado.

N.T.M.: 203.5

"A toda mujer incluida en Servicio se le deberá recomendar que el R.N. sea visto en el primer mes de vida por el pediatra (o médico de familia / general donde no exista pediatra)".

203.5 Excepción:

- Recién nacido ingresado.

SERVICIO 205. VACUNACION DE LA RUBEOLA

N.T.M.: 205.1

"Toda mujer incluida en servicio (entre 15 y 35 años), tendrá registrada en la Historia clínica su estado inmunitario frente a la rubeola, así como la vacunación en aquellas, en las que su inmunización sea negativa, desconocida o dudosa".

N.T.M.: 205.2

"Toda mujer vacunada de rubeola, tendrá registrada en la Historia clínica el haber sido informada sobre los peligros potenciales de un embarazo en los dos meses siguientes a la vacunación y la instauración de un método anticonceptivo seguro, si procede".

SERVICIO 206. DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANCER DE CERVIX

N.T.M.: 206.1

"Toda mujer entre 35 y 64 años deberá tener realizada y registrado el resultado (normal o no) en la Hª clínica :

- Inicialmente dos citologías (exfoliativas con tinción de Papanicolau) consecutivas con un año de intervalo entre ellas.
- si ambas pruebas son normales, se repetirá con la periodicidad siguiente:

- cada cinco años desde los 35 a 64 años de edad.

206.1 Excepciones:

- Mujeres que nunca hayan mantenido relaciones sexuales.
- Mujeres que hayan sufrido histerectomía, con retirada completa del epitelio cervical

N.T.M.: 207.1

"A toda mujer postmenopausica por encima de 50 años de edad se le realizará anualmente anamnesis dirigida a conocer la presentación de sangrado vaginal". '

207.1: Excepción:

- Mujeres histerectomizadas.

SERVICIO 208. DIAGNOSTICO PRECOZ CANCER DE MAMA

N.T.M.: 208.1

"En la Hª clínica de toda mujer incluida en Servicio constarán los siguientes factores de riesgo de cancer de mama:

- antecedentes familiares de cancer de mama
- antecedentes personales de patología mamaria
- historia gineco-obstétrica.

N.T.M.: 208.2

"Toda mujer a la que se le realice una mamografía deberá tener previamente una exploración clínica mamaria".

N.T.M.: 208.3

"Se realizará una mamografía bianual a toda mujer incluida en Servicio, cuya edad esté comprendida entre 50 y 75 años, constando el resultado en la Hª clínica".

ATENCIÓN AL ADULTO Y ANCIANO

Incluye los Servicios:

- 300 Consulta Adultos.
- 304 Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
- 305 Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos.
- 306 Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes.
- 307 Atención a Pacientes Crónicos: EPOC.
- 308 Atención a Pacientes Crónicos: Obesos.
- 309 Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia.
- 310 Atención a Pacientes con VIH-SIDA.
- 311 Educación a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabetes(*).
- 312 Educación a Grupos de Pacientes Crónicos: Otras Patologías (*).
- 313 Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados.
- 314 Atención a Pacientes Terminales.
- 315 Atención al Consumidor Excesivo de alcohol.

Contiene Prerrequisitos

SERVICIO 300. CONSULTA ADULTOS

"En toda Historia clínica de personas mayores de 14 años de edad que acudan a consulta en el último año, quedará registrado:

N.T.M.: 300.1

- En cada visita al menos:
 - . el motivo de consulta y/o diagnóstico
 - . el plan de actuación.

300.1 Excepciones:

- Visitas por motivos burocráticos
- Visitas de control y seguimiento de patología crónica.

N.T.M.: 300.2

- Presencia/ausencia de antecedentes familiares de interés.

N-T.M.: 300.3

- Presencia/ausencia de antecedentes personales de interés.

N.T.M.: 300.4

- Presencia/ausencia de alergias medicamentosas.

N.T.M.: 300.5

- Los problemas de salud relevantes, en la hoja de listado de problemas.

300.5 Excepción:

- Paciente con registro, en Hª Cª de la ausencia de problemas relevantes

NOTA: Con este servicio se requiere valorar la cobertura asistencial de los pacientes que acuden a demanda con HªCª y conocer la utilización de la misma. En estas historias se miden dos tipos de NTM: Uno de "motivos de consulta" y otro, más estático, de "Antecedentes". Hay tiempo de cumplimentar estas últimas NTM en una historia de A. Primaria, que es horizontal a lo largo de la vida del usuario. Lo que se

quiere conocer es el cumplimiento de esos ítems imprescindibles, en los pacientes vistos en el último año, aunque los antecedentes estén recogidos con anterioridad.

SERVICIO 304. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

"En toda Hª clínica de personas mayores de 14 años de edad, incluidas en servicio, quedará registrada:

N.T.M.: 304.1

- Anamnesis dirigida sobre el hábito tabáquico, al menos, cada dos años.

304.1 Excepción:

- Persona mayores de 65 años, con anamnesis negativa de hábito tabáquico.

N.T.M.: 304.2

- Anamnesis dirigida a conocer el hábito de ingesta etílica, al menos, cada dos años.

N.T.M.: 304.3

- Una medición de TA cada 5 años si su edad es inferior a 40 años y cada 2 si es superior a dicha edad".

N.T.M.: 304.4

"Toda persona mayor de 20 años, tendrá realizada una medición inicial de talla y peso; y mediciones sucesivas de peso como mínimo cada cuatro años".

N.T.M.: 304.5

"Todo varón entre 35 y 65 años, tendrá realizada y registrada una determinación de colesterol total al menos cada seis años".

N.T.M.: 304.6

"A toda persona incluida en servicio se le facilitará consejo/información sobre el/los factores de riesgo detectado/s"

SERVICIO 305. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: HIPERTENSOS

"Toda persona incluida en Servicio deberá:

N.T.M.: 305.1

- Haber sido diagnosticado mediante 3 tomas de TA separadas en un periodo máximo de 3 meses, cuyo promedio sea igual o superior a 140/90 mm Hg.
- Ser clasificado según sus niveles de TA y/o fase de repercusión visceral.

305.1 Excepciones:

- Paciente con diagnóstico de ETA, previo y documentado
- Paciente con HTA severa (TA diastólica mayor o igual a 115 mmHg)
- Pacientes menores de 18 años.

N.T.M.: 305.2

- Tener realizada anamnesis sobre:
 - antecedentes familiares de H.T.A.
 - antecedentes personales: diabetes

- dislipemias y enfermedad cardiovascular
- hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

N.T.M.: 305.3

- Tener realizada en los dos últimos años una exploración física que incluya al menos:
 - . peso, con una talla de referencia.
 - . auscultación cardiopulmonar.
 - . pulsos periféricos y presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

305.3 Excepción:

- No se considera obligado realizar medición de Peso y Talla a pacientes inmovilizados en domicilio.

N.T.M.: 305.4

- Tener realizado al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad, y con periodicidad mínima de cinco años, un estudio analítico básico que incluya:

- hemograma
- glucemia
- creatinina
- iones
- colesterol y triglicéridos
- ácido úrico
- sistemático de orina.

N.T.M.: 305.5

- Tener realizado e informado al menos un E.C.G. desde el diagnóstico de la enfermedad.

305.5 Excepción:

- No se considera obligado realizar medición E.C.G. a pacientes inmovilizados en domicilio.

N.T.M.: 305.6

- Haber recibido consejo sobre medidas higiénico-dietéticas, al menos una vez en el último año sobre:

- consumo de tabaco y alcohol
- dieta .
- ejercicio físico.

N.T.M.: 305.7

"Al menos se realizarán 3 controles anuales que incluyan:

medición de T.A.

adherencia al tratamiento

plan terapéutico: medidas higiénico - dietéticas, dosis/pauta fármaco/s".

305.7 Excepción:

- Paciente diagnosticado hace menos de un año. En este caso deberá tener el número de controles proporcional al tiempo transcurrido.

SERVICIO 306. ATENCION A PACIENTES CRONICOS: DIABETES

"Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.M.: 306.1

- Haber sido diagnosticada con al menos, uno de los siguientes criterios:
- glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl más signos y síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia, y pérdida de peso)
- glucemia basal plasmática igual o superior a 140 mg/dl en dos o más ocasiones (120 mg/dl en sangre venosa o capilar).
- glucemia a las dos horas de la sobrecarga oral con 75 g de glucosa igual o superior a 200 mg/dl en dos o más ocasiones.

306.1 Excepciones:

- Paciente con diagnóstico de diabetes, previo y documentado.
- Embarazadas.
- Niños.

N.T.M.: 306.2

- Tener realizada, anamnesis sobre:
- antecedentes familiares de diabetes
- antecedentes personales de: H.T.A.,
- dislipemia y enfermedad cardiovascular.
- hábitos tóxicos: tabaco y alcohol.

N.T.M.: 306.3

- Tener realizada una valoración que incluya al menos:
- edad de inicio y/o fecha de diagnóstico
- tipo de diabetes
- tratamientos previos en relación con la diabetes.

N.T.M.: 306.4

- Tener realizada al menos una vez al año, una anamnesis sobre la presencia/ausencia de síntomas de repercusión visceral:
- neuropatía
- enfermedad microvascular (nefropatía, retinopatía) .
- enfermedad macrovascular (ACV, coronarias, vascular. periférica).

N.T.M.: 306.5

- Tener realizada al menos una vez al año, exploración física que incluya:
- peso, con una talla de referencia.
- medición de T.A.
- auscultación cardíaca
- pulsos periféricos .
- reflejos osteo-tendinosos
- sensibilidad
- examen de los pies.

N.T.M.: 306.6

- Estudio analítico básico anual, que incluya:
- colesterol y triglicéridos
- creatinina
- sistemático de orina.
- hemoglobina glicosilada.

N.T.M.: 306.7

- Tener realizado un Fondo de ojo al menos bianualmente, con sus resultados.

306.7 Excepción:

- En los pacientes con Diabetes tipo X, se admite que no se realice hasta pasados. 5 años de1 diagnóstico.

N.T.M.: 306.8

- Tener realizado e informado al menos un E.C.G. desde el diagnóstico de la enfermedad.

N.T.M.: 306.9

- Se realizarán al menos un control cada dos meses en los pacientes tratados con insulina, cada tres meses, si lo está con antidiabéticos orales, y cada seis, si el tratamiento es exclusivamente dieta, que incluyan:

- . peso
- . síntomas de hipoglucemia.
- . glucemia/s
- . adherencia al tratamiento
- . plan terapéutico (dieta, ejercicio y dosis/pauta fármaco/s).

306.9 Excepciones:

- El peso en pacientes inmovilizados en domicilio.
- El peso en pacientes sin sobrepeso u obesidad.
- Síntomas de hipoglucemia a los pacientes en tratamiento sólo con dieta.
- Paciente diagnosticado hace menos de un año. En este caso deberá tener e1 número de controles proporcional al tiempo transcurrido.

N.T.M.:306.10

- Haber recibido consejo sobre medidas higiénico-dietéticas al menos una vez en el último año sobre:

- . consumo de tabaco y alcohol
- . dieta
- . ejercicio físico
- . información sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados necesarios.

SERVICIO 307. ATENCION A PACIENTES CRONICOS: EPOC

"Toda persona incluida en Servicio deberá:

N.T.M.: 307.1

- Haber sido diagnosticada mediante el siguiente criterio espirométrico: cociente FEV 1/CVF menor a 75%.

307.1 Excepción:

- Pacientes encamado en domicilio.

N.T.M.: 307.2

- Tener realizado anamnesis sobre:

- . hábito tabáquico
- . riesgos laborales.

N.T.M.: 307.3

- Tener realizada, al menos anualmente, una exploración física que incluya:
 - auscultación cardio-pulmonar
 - coloración de piel y mucosas
 - presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

N.T.M.: 307.4

- Tener realizado e informado desde el diagnóstico de la enfermedad:
 - una Rx. Tórax.
 - un E.C.G.

307.4 Excepción:

- Pacientes encamados en domicilio.

N.T.M.: 307.5,

- Tener realizada una Espirometría al menos, cada dos años.

307.4 Excepción:

- Paciente encamado en domicilio.

N.T.M.: 307.6.

- Tener realizado, al menos bianualmente, un estudio analítico básico que incluya hemoglobina y hematocrito.

N.T.M.: 307.7

- Tener realizados al menos 2 controles anuales que incluyan:

- . Consejo antitabaco
- . anamnesis sobre sintomatología respiratoria.
- . adherencia al tratamiento.
- . plan terapéutico (dosis/pauta fármaco/s).

307.7 Excepciones:

- Paciente diagnosticado hace menos de un año. En este caso deberá tener el número de controles proporcional al tiempo transcurrido.

N.T.M.: 307.8

- Recibir vacunación de la gripe cada otoño.

307.8 Excepciones:

- Contraindicaciones a la vacuna: Alergia al huevo, hipersensibilidad previa.

SERVICIO 308. ATENCION A PACIENTES CRONICOS: OBESOS

"Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.M.: 308.1

- Tener un Índice de Masa Corporal (IMC= peso/talla²) superior a 30 .

N.T.M.: 308.2

- Tener realizada anamnesis sobre:

- . antecedentes personales: HTA, diabetes y dislipemia
- . hábitos tóxicos: tabaco y alcohol.

N.T.M.: 308.3

- Tener realizado, al menos, un estudio analítico básico desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo que incluya:

- . glucemia
- . colesterol, y triglicéridos
- . ácido uréico.

N.T.M.: 308.4

- Tener registrado el tratamiento recomendado, incluyendo:

- . tipo de dieta
- . consejo sobre ejercicio físico.

N.T.M.: 308.5

- Tener realizados al menos tres controles al año, que incluyan:

- peso.
- adherencia al tratamiento
- consejo sobre medidas higienico-dietéticas.

308.5 Excepciones:

- Paciente diagnosticado hace menos de un año. En este caso deberá tener el número de controles proporcional al tiempo transcurrido.

SERVICIO 309. ATENCION A PACIENTES CRONICOS: HIPERCOLESTEROLEMIA.

"Toda persona incluida en Servicio deberá:

N.T.M.: 309.1

- Haber sido diagnosticado mediante dos determinaciones de colesterol total por encima de 250 mg/dl, separadas por un intervalo no inferior a una semana ni superior a dos meses. En los pacientes con dos o más factores de riesgo cardiovascular o con cardiopatía isquémica el diagnóstico se establecerá con cifras superiores a 200 mg/dl.

309.1 Excepción

- Paciente con diagnóstico de hipercolesterolemia y documentado

N.T.M.: 309.2

- Tener realizada anamnesis sobre:

- . antecedentes familiares: cardiopatía isquémica y dislipemia.
- . antecedentes personales: HTA, diabetes y enfermedad cardiovascular.
- . hábitos tóxicos.

N.T.M.: 309.3

-Tener realizada desde el diagnóstico o en el año previo, medición de:

- peso con una talla de referencia
- tensión arterial
- glucemia.

309.3 Excepción

- Paciente diagnosticado hace menos de un año. En este caso deberá tener el número de controles proporcional al tiempo transcurrido.

N.T.M.: 309.4

- En el último año deberá constar de forma explícita:

- . recomendaciones higiénico-dietéticas
- . consejo antitabaco en fumadores".

N.T.M.: 309.5

- Tener realizado en el último año al menos un control que incluya:

- colesterol total
- adherencia al tratamiento
- plan terapéutico.

N.T.M.: 309.6

"El inicio de tratamiento farmacológico irá precedido de tratamiento higiénico dietético durante un mínimo de 3 meses".

309.3 Excepciones:

- Paciente con cardiopatía isquémica.
- Paciente en tratamiento farmacológico antes de su inclusión en el Servicio.

N.T.M.: 309.7

"A toda persona sometida a tratamiento farmacológico se le habrán determinado previamente a la instauración del mismo y una vez en el último año, las cifras de:

- . triglicéridos
- . HDL colesterol y
- . LDL colesterol".

SERVICIO 310. ATENCION A PACIENTES CON VIH/SIDA

"Toda persona incluida en Servicio deberá:

N.T.M.: 310.1

- Tener registrado en la Historia Clínica que ha sido diagnosticado de infección VIH/SIDA.

N.T.M.: 310.2

- Tener realizada anamnesis dirigida. a conocer al menos:

- . la fecha y vía probable de infección
- . las prácticas o situaciones de riesgo
- . los antecedentes de enfermedades infecciosas (hepatitis, ETS, tuberculosis).

N.T.M.: 310.3

- Tener realizada, con periodicidad anual, una anamnesis por aparatos y sistemas que incluya al menos signos y síntomas:
 - Constitucionales
 - Digestivos
 - Respiratorios
 - Neurológicos
 - Dermatológicos
 - Oftalmológicos
 - Psiquiátricos.

N.T.M.: 310.4

- Tener realizado al menos un control semestral que incluya como mínimo:

- anamnesis sobre sintomatología actual
- peso, con una talla de referencia
- exploración de piel .
- exploración de cavidad oral
- exploración de adenopatías
- auscultación cardiopulmonar
- exploración abdominal
- número o porcentaje de CD4.

310.4 Excepciones:

- El peso y la talla de referencia en pacientes encamados en domicilio.
- El número o Porcentaje de CD4 en:
 - Pacientes con CD4 < a 200 células en dos determinaciones previas consecutivas.
- Pacientes que estén siendo controlados en el nivel especializado según el programa/protocolo de Ares.

N.T.M.: 310.5

- Tener realizado un Fondo de ojo anual, con sus resultados.

N.T.M.: 310.6

- Tener realizado un estudio básico que incluya al menos:

- hemograma, fórmula leucocitaria y
- recuento de plaquetas.
- transaminasas
- serología de hepatitis B
- serología frente a Toxoplasma Gondii
- serología de lúes
- número de CD4
- Mantoux y valoración de quimioprofilaxis
- radiografía de tórax.

310.6 Excepciones:

- Tener documentado previamente:
 - Serología positiva, para la hepatitis B y frente al Toxoplasma Gondii.
 - Mantoux positivo, anergia documentada por pruebas de sensibilidad cutánea (multifacética) o antecedentes de TBC, para la realización del Mantoux.

N.T.M.: 310.7

-Tener realizada, anualmente, una valoración psicosocial que incluya al menos:

- . situación laboral.
- . situación psicológica (grado de aceptación de la enfermedad, existencia de apoyo emocional)
- . situación familiar (convivientes, relaciones y apoyos).

N.T.M.: 310.8

- Recibir:

- Información sobre vías de transmisión y prácticas sexuales de se consideren relativamente seguras y sobre aquellas que no lo son."
- Normas de autoprotección.

N.T.M.: 310.9

- Estar correctamente vacunado al menos frente a:

- Tétanos
- Hepatitis B
- Gripe.

310.9 Excepciones:

- Pacientes inmunizados previamente, o con evidencia serológica de infección pasada o actual, por el virus de la hepatitis B (documentado).
- Contraindicación expresa a la vacunación.

SERVICIO 311. EDUCACION A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS: DIABETES

"Para la inclusión de este Servicio en la Cartera Específica del Equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

PRERREQUISITO

PROTOCOLO que recoja, como mínimo:

- Población diana.
- Objetivos educativos.
- Contenidos educativos y metodología a utilizar.
- Actividades a desarrollar.
- Sistema de evaluación.

PRERREQUISITO

- Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo:

- contenido/s de la/s actividad/es.
- fecha de la/s actividad/es.
- quién realiza la/s actividad/es.
- número de personas asistentes a la/s actividad/es.

"Todo paciente incluido en servicio deberá":

N.T.M.: 311.1

- Haber realizado el mínimo de actividades planificadas según el protocolo.

N.T.M.: 311.2

- Haber realizado una evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:

- Previo a la actividad (pre-test).
- De seguimiento (post-test).

SERVICIO 312. EDUCACION A GRUPOS DE PACIENTES CRONICOS:

"Para la inclusión de este Servicio en la Cartera Específica del Equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

PRERREQUISITO

- PROTOCOLO que recoja, como mínimo:
 - Población diana.
 - Objetivos educativos.
 - Contenidos educativos y metodología a utilizar.
 - Actividades a desarrollar.
 - Sistema de evaluación.

PRERREQUISITO

- Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo:
 - . contenido/s de la/s actividad/es.
 - . fecha de la/s actividad/es.
 - . quién realiza la/s actividad/es.
 - . número de personas asistentes a la/s actividad/es.

Todo paciente incluida en servicio deberá:

N.T.M.: 312.1

- Haber realizado el mínimo de actividades planificadas según el protocolo.

H.T.M.: 312.2

- Haber realizado una evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:
 - . Previo a la actividad (pre-test).
 - . De seguimiento (post-test).

N.T.M.: 313.1

"El motivo de inclusión en este servicio quedará siempre registrado".

En la 1ª visita quedará registrado:

N.T.M.: 313.2

- Presencia/ausencia de persona/s cuidadora/s del paciente.
- Valoración de la situación sociofamiliar.

N.T.M.: 313-3

- Una valoración clínica, que incluya al menos:

- . diagnósticos de los problemas de salud relevantes que padece el paciente
- . tratamientos farmacológicos.

N.T.M.: 313.4

- Al menos los siguientes aspectos:

- . estado de nutrición
- . control de esfínteres
- . estado de piel y mucosas
- . estado de conciencia
- . presencia/ausencia de síntomas físicos.

N.T.M.: 313.5

- Valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionario o test validado.

N.T.M.: 313.6

- El plan de cuidados a seguir (actividades a realizar en función de los problemas detectados).
- consejo/información sobre cuidados que recibe el paciente y/o cuidador.

N.T.M.: 313.7

"A todo paciente incluido en Servicio, se le realizará como mínimo una visita trimestral, registrando al menos los siguientes aspectos:

- evolución del estado general
- revisión del plan de cuidados
- consejo/información que sobre el plan de cuidados recibe el paciente y/o su cuidador.
- fecha aproximada de la siguiente visita.

313.7 Excepción a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:

- Paciente inmovilizado hace menos de un año. En este caso deberá tener el número de controles proporcional al tiempo transcurrido.
- Exitus
- Paciente desplazado de su domicilio habitual (durante un tiempo superior a 3 meses)
- Paciente ingresado en alguna institución.
- Alta por mejoría.

SERVICIO 314. ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

N.T.M.: 314.1

"El diagnóstico/enfermedad que ha motivado la inclusión en este servicio, quedará siempre registrado".

En la 1ª visita quedará registrado:

N.T.M.: 314.2

- Una valoración clínica, que incluya al menos:

- . diagnósticos de los problemas de salud relevantes que padece el paciente
- . tratamientos farmacológicos.

N.T.M.: 314.3

- Presencia/ausencia de los siguientes síntomas:

- dolor
- estreñimiento
- insomnio
- anorexia.

N.T.M.: 314.4

- Al menos los siguientes aspectos:

control de esfínteres
estado de piel y mucosas
deambulaci3n/encamamiento.

N.T.M.: 314.5

- El estado de conciencia
- Síntomas de ansiedad/depresi3n.

N.T.M.: 314.6

- La valoraci3n de la situaci3n socio-familiar.

N.T.M.: 314.7

- El grado de informaci3n y la actitud que tienen sobre la enfermedad, el paciente y su familia.

N.T.M.: 314.8

- El plan de cuidados, que incluya al menos:

. Tratamiento farmacol3gico
. Medidas higi3nico-diet3ticas
. Cohsejo/informaci3n al paciente y/o familia.

N.T.M.: 314.9

"A todo paciente incluido en Servicio, se le realizar3 como m3nimo una visita semanal, en la que quedar3n registrados al menos los siguientes aspectos:

- evoluci3n o aparici3n de s3ntomas f3sicos o ps3quicos.
- revision del plan de cuidados.

314.9 Excepci3n a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:

- Exitus
- Paciente desp1azado de su domicilio habitual (durante un tiempo superior a 1 semana)
- Paciente ingresado el alguna Instituci3n.

SERVICIO 315. ATENCION AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL

N.T.M.: 315.1

"Toda persona incluida en Servicio deber3 tener cuantificado su consumo de alcohol, que deber3 ser superior a 40 gr./d3a (5 unidades ¹) o 280 gr./semana (35 unidades) en el hombre y de 24 gr./d3a (3 unidades) 3 168 gr./semana (21 unidades) en la mujer".

(1) se considera una unidad equivalente a 8 gr. De alcohol al 100%

N.T.M.: 315.2

"Toda persona incluida en este Servicio deberá tener realizado un cuestionario normalizado de despistaje de alcoholismo (CAGE* o similar)".

315.2 Excepción:

- Se exceptúa la realización del cuestionario normalizado de despistaje a los pacientes con diagnóstico previo y documentado.

N.T.M.: 315.3

. "A toda persona incluida en Servicio cuyo cuestionario de despistaje, sea positivo, se le habrá realizado un cuestionario normalizado (MALT** o similar) para confirmar sospecha de alcoholismo".

N.T.M.: 315.4

"En toda persona incluida en Servicio se le realizará intervención tipo Consejo, encaminada a la reducción o abstinencia de consumo de alcohol".

N.T.M.: 315.5

"En el último año todas las personas incluidas en Servicio deberán tener evaluado su consumo de alcohol, cuantificando la ingesta.

315.5 Excepción:

- Paciente captado hace menos de un año. En este caso deberá tener el número de controles proporcional al tiempo transcurrido.

* **Cuestionario CAGE** Una respuesta afirmativa al menos a dos de las siguientes preguntas:

"¿Ha pensado alguna vez que debería cortar la bebida?"

"¿Le ha molestado a Ud., la gente que critica su forma de beber?"

"¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable sobre su forma de beber?"

"¿Ha tomado una copa alguna vez, como la primera cosa que hace por la mañana para arreglar sus nervios o quitarse la resaca?"

** MALT (Münchener Alkoholismus Test).

MALT-O:

1. Enfermedad (mínimo un síntoma clínico: p. ej., consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico: p. ej., GOT, GPT o CGT). Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.)

2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas).

3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis).

4. Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses.

5. Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes.

6. Hedor alcohólico (en el momento de la exploración médica).

7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes).

MALT-S: Seguidamente encontrará usted una lista de manifestaciones acerca de las molestias y problemas que pueden aparecer en relación con la ingesta de alcohol. Por favor marque con una cruz el cuadrado de «Procede» (SI) ó «No procede», (NO) para cada una de las cuestiones expuestas.

Es posible que a veces tenga usted la impresión de que una comprobación no resulte adecuada. A pesar de ello, marque siempre una de las dos respuestas, y precisamente aquella que mejor pueda referirse a usted. .

1. En los últimos tiempos me tiemblan mucho las manos.

2. A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar.

3. Alguna vez he intentado calmar «la resaca», el temblor o la náusea matutina con alcohol.
4. Actualmente me siento amargado por mis problemas y dificultades.
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo.
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo.
7. A menudo pienso en el alcohol.
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo había prohibido.
9. En las temporadas en que bebo más, como menos.
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera. .
11. Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean).
- 11.bis. Bebo de un trago y más deprisa que los demás.
12. Desde que bebo más soy menos activo.
13. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido.
14. He ensayado un sistema para beber (p. ej.: no beber antes de determinadas horas).
15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol.
16. Sin alcohol, no tendría yo tantos problemas.
17. Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme.
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.
19. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no.
20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo.
21. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa/o (pareja).
22. Ya he probado de pasar temporadas sin alcohol.
- 23 Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo.
24. Repetidamente me han mencionado mi "aliento alcohólico".
25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.
26. A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera.

FISIOTERAPIA

400 Tratamientos Fisioterapéuticos básicos.

SERVICIO 400. TRATAMIENTOS FISIOTERAPEUTICOS

N.T.M.: 400.1

"En la Hª Clínica o ficha clínica de fisioterapia de las personas remitidas para tratamiento debe constar:

- indicación de la derivación (en el sentido de problema identificado por el profesional de atención primaria.
- fecha de la derivación

400.1 Excepciones

- Se exceptúan las visitas sucesivas por el mismo episodio (atención por un problema médico, sin perjuicio de recidivas o complicaciones posteriores que constituirán episodios diferentes), anteriores al alta definitiva.

N.T.M.: 400.2

"Para todos los pacientes en tratamiento fisioterapéutico en la Unidad de Fisioterapia, deben definirse, al menos:

- objetivos terapéuticos (en términos de mejora de la movilidad, alivio del dolor, o disminución de deformidad.
- técnicas a emplear .
- duración del tratamiento